

# **Selbstdarstellung im psychotherapeutischen Aufnahmegespräch**

Eine Videographiestudie unter besonderer Berücksichtigung von  
Therapiemotivation, Depressivität und Persönlichkeit

Inaugural-Dissertation  
in der Fakultät Humanwissenschaften  
der Otto-Friedrich-Universität Bamberg  
(2015)

vorgelegt von  
Julia Hülz

aus

Lichtenfels

Bamberg, den 01.04.2015

Dieses Promotionsprojekt wurde durch den Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD)  
gefördert

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Tag der mündlichen Prüfung: | 26.01.2015                               |
| Dekan:                      | Universitätsprofessor Dr. Stefan Hörmann |
| Erstgutachter:              | Universitätsprofessor Dr. Lothar Laux    |
| Zweitgutachter:             | Universitätsprofessor Dr. Edgar Geissner |

## DANKE.

Mein größtes Dankeschön geht an Prof. Dr. Lothar Laux, meinen Doktorvater, der mich sowohl kompetent und gewissenhaft als auch in der für ihn typischen begeisternden Art über die letzten Jahre betreut hat. Als Lehrstuhlinhaber und Emeritus des Lehrstuhls für Persönlichkeitspsychologie und Psychologische Diagnostik an der Universität Bamberg wird mir seine Energie und seine Freude an der Psychologie noch lange in allerbesten Erinnerung bleiben.

Diese Arbeit entstand im Rahmen meiner psychologischen Tätigkeit an der Schön Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee. Hier möchte ich mich besonders herzlich bei Herrn Prof. Edgar Geissner bedanken, ohne dessen Kooperationswilligkeit und Unterstützung bei der Konzeption, Durchführung und Genehmigung dieses Projekts nicht an eine externe Promotion zu denken gewesen wäre. Ich finde es wunderbar und wichtig, dass die Schön Klinik Roseneck – in meinem Fall voran Hr. Prof. Edgar Geissner und Klinikleiter Hr. Prof. Ulrich Voderholzer - jungen Therapeuten wie mir die Möglichkeit zur wissenschaftlichen Arbeit gibt, die für die Verzahnung von Forschung und Praxis gerade im Bereich der Psychotherapieforschung so wertvoll ist. Auch möchte ich meinen Kolleginnen Claudia Erzberger, Petra Kindermann, Katharina Günther, Verena Schaaf, Christina Müller, Kristina Baum, Matislava Karacic, Sandra Dentale, Gudrun Lumbeck und Christiane Schubert für ihre Teilnahme an bzw. Unterstützung meiner Studie danken – ohne Freunde gäbe es keine Doktorarbeit! Auch bei unseren Patienten möchte ich mich für das unentgeltliche Engagement und das Interesse an meiner Forschung bedanken, die mir viel Ihrer Geduld und Zeit geschenkt haben.

Auch gilt mein Dank dem Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD), welcher mir über ein Promotionsstipendium die Auswertung meiner Daten ermöglichte. An dieser Stelle noch ein großes Dankeschön in die Niederlande an Herrn Prof. Oliver Tucha und sein Team des Lehrstuhls für Klinische und Entwicklungsneuropsychologie der Universität Groningen, die mich so freundlich in Ihre Abteilung aufgenommen und mir Ihr Wissen und Ihre Zeit zur Verfügung gestellt haben. Ebenso vielen Dank an Hr. Prof. Michael Hock, Universität Bamberg, und Herrn Prof. Karl-Heinz Renner, Universität der Bundeswehr, München, für die methodische Unterstützung meiner Arbeit.

Abschließend möchte ich meinen Eltern Marga und Dieter danke sagen, die mir diesen beruflichen und privaten Weg erst ermöglicht haben – und meiner Schwester Kathrin, die mich während der Doktorarbeitszeit oft aufgebaut und beherbergt hat.

Julia Hülz

# INHALTSVERZEICHNIS

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>EINLEITUNG .....</b>   | <b>6</b>  |
| <b>2</b> | <b>THEORETISCHER HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG .....</b>  | <b>9</b>  |
|          | 2.1 Theoretischer Hintergrund und Relevanz der Fragestellung .....                                      | 9         |
|          | 2.2 Hypothesen .....  | 21        |
| <b>3</b> | <b>METHODE .....</b>  | <b>28</b> |
|          | 3.1 Untersuchungsteilnehmer (Gesamtstichprobe und Unterstichprobe Rentenangabe).....                    | 28        |
|          | 3.2 Materialien.....  | 36        |
|          | 3.2.1 Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen.....  | 36        |
|          | 3.2.1.1 Skalen zum Anreiz und zur Therapiemotivation.....   | 37        |
|          | 3.2.1.2 Störungsbezogene Skalen.....  | 41        |
|          | 3.2.1.3 Persönlichkeitsskalen .....   | 44        |
|          | 3.2.2 Videorating der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch.....  | 53        |
|          | 3.2.2.1 Beschreibung des Aufnahmegesprächs .....  | 53        |
|          | 3.2.2.2 Kategoriendefinition nach Schütz et al. (2007) und Modifikation für die vorliegende Studie..... | 54        |
|          | 3.2.2.3 Charakterisierung des Materials.....  | 69        |
|          | 3.2.2.4 Videoratertraining und Rating.....  | 69        |
|          | 3.3 Ablauf.....   | 73        |
|          | 3.4 Statistische Auswertung .....   | 74        |
|          | 3.4.1 Deskriptive Statistiken.....  | 74        |
|          | 3.4.2 Interferenzstatistische Auswertung.....   | 74        |
|          | 3.4.2.1 Prüfung der Verfahrensvoraussetzungen .....   | 74        |
|          | 3.4.2.2 Korrelationsanalysen.....   | 78        |
|          | 3.4.2.3 Mittelwertsvergleiche.....  | 79        |
|          | 3.4.2.4 Regressionsanalysen .....   | 80        |
|          | 3.4.3 Beobachterübereinstimmung .....   | 84        |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| <b>4</b> | <b>ERGEBNISSE .....</b>  | <b>87</b>  |
| 4.1      | Ergebnisse in der Beobachterübereinstimmung.....   | 87         |
| 4.2      | Ergebnisse in der Fragebogenbatterie .....   | 89         |
| 4.2.1    | Ergebnisse: Skalen zu Anreiz und Therapiemotivation .....  | 89         |
| 4.2.2    | Ergebnisse: Störungsbezogene Skalen .....  | 90         |
| 4.2.3    | Ergebnisse: Persönlichkeitsskalen.....   | 92         |
| 4.3      | <b>Selbstdarstellung von Psychotherapiepatienten im<br/>Aufnahmegespräch .....</b>   | <b>98</b>  |
| 4.3.1    | Deskriptive Darstellung der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch .....  | 98         |
| 4.3.2    | Zusammenhang soziodemographische Merkmale und Selbstdarstellung....  | 107        |
| 4.3.3    | <b>Zusammenhang Anreiz, Therapiemotivation und Selbstdarstellung.....</b>  | <b>108</b> |
| 4.3.3.1  | Zusammenhang Anreiz und Selbstdarstellung ( <i>Unterstichprobe<br/>Rentenangabe</i> ) .....  | 108        |
| 4.3.3.2  | Zusammenhang Therapiemotivation und Selbstdarstellung .....  | 111        |
| 4.3.4    | Zusammenhang störungsbezogene Variablen und Selbstdarstellung.....   | 113        |
| 4.3.5    | Zusammenhang persönlichkeitsbezogene Variablen und Selbstdarstellung   | 117        |
| 4.4      | <b>Effekte von soziodemographischen, anreiz- und<br/>motivationsbezogenen, persönlichkeitsbezogenen und<br/>störungsbezogenen Variablen auf die Selbstdarstellung .....</b>                              | <b>123</b> |
| 4.4.1    | <b>Analyse nach Prädiktorvariablen: Effekte soziodemographischer, anreiz- und<br/>motivationsbezogener, persönlichkeitsbezogener und störungsbezogener<br/>Variablen auf die Selbstdarstellung .....</b> | <b>123</b> |
| 4.4.1.1  | Effekte soziodemographischer Variablen auf die Selbstdarstellung.....  | 123        |
| 4.4.1.2  | Effekte von Anreiz auf die Selbstdarstellung ( <i>Unterstichprobe<br/>Rentenangabe</i> ) .....   | 124        |
| 4.4.1.3  | Effekte von Therapiemotivation auf die Selbstdarstellung .....   | 127        |
| 4.4.1.4  | Effekte störungsbezogener Variablen auf die Selbstdarstellung.....   | 129        |
| 4.4.1.5  | Effekte persönlichkeitsbezogener Variablen auf die Selbstdarstellung ..  | 132        |
| 4.4.2    | <b>Analyse nach Kriteriumsvariablen: Entwicklung eines<br/>Gesamtvorhersagemodells für die sieben Selbstdarstellungskategorien<br/>(Gesamtstichprobe).....</b>   | <b>138</b> |
| 4.5      | <b>Vorhersage von Therapieerfolg durch Selbstdarstellung,<br/>Rentenwunsch und Depressivität .....</b>   | <b>142</b> |
| 4.5.1    | Vorhersage von Therapieerfolg durch Selbstdarstellung im<br>Aufnahmegespräch .....   | 143        |
| 4.5.2    | Vorhersage von Therapieerfolg durch Rentenwunsch ( <i>Unterstichprobe<br/>Rentenangabe</i> ).....  | 145        |
| 4.5.3    | Vorhersage von Therapieerfolg durch Depressivität.....   | 147        |

|           |   |            |
|-----------|---|------------|
| <b>5</b>  | <b>DISKUSSION .....</b>   | <b>151</b> |
| 5.1       | Zusammenfassende Diskussion der Beobachterübereinstimmung<br>.....  | 151        |
| 5.2       | Zusammenfassende Diskussion der deskriptiven Ergebnisse: Die<br>Fragebogenbatterie und die Selbstdarstellung im<br>psychotherapeutischen Aufnahmegespräch ..... | 151        |
| 5.3       | Diskussion der korrelativen und regressionsanalytischen<br>Ergebnisse: Die fünf Hypothesen der Studie.....  | 154        |
| 5.3.1     | Diskussion Hypothese 1: Der Stellenwert soziodemographischer Merkmale<br>für die Selbstdarstellung.....   | 154        |
| 5.3.2     | Diskussion Hypothese 2: Der Stellenwert von Therapiemotivation und<br>externem Anreiz (Fokus: Rentenwunsch) für die Selbstdarstellung .....                     | 154        |
| 5.3.3     | EINZELFALLSTUDIE: Extremfallanalyse von Selbstdarstellung mit und<br>ohne Rentenwunsch .....  | 157        |
| 5.3.4     | Diskussion Hypothese 3: Der Stellenwert störungsbezogener Variablen<br>(Fokus: Depressivität) für die Selbstdarstellung .....                                   | 164        |
| 5.3.5     | Diskussion Hypothese 4: Der Stellenwert persönlichkeitsbezogener Variablen<br>für die Selbstdarstellung.....  | 166        |
| 5.3.6     | Diskussion Hypothese 5: Was sagt den Therapieerfolg vorher –<br>Selbstdarstellung, Depressivität oder Rentenwunsch? .....                                       | 168        |
| 5.4       | Zusammenfassende, kritische Betrachtung der Konzeption dieser<br>Studie.....  | 170        |
| <b>6</b>  | <b>FAZIT UND AUSBLICK .....</b>   | <b>176</b> |
| <b>7</b>  | <b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>   | <b>192</b> |
| <b>8</b>  | <b>TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>  | <b>197</b> |
| <b>9</b>  | <b>VERZEICHNIS ANHANG .....</b>   | <b>201</b> |
| <b>10</b> | <b>ANHANG.....</b>  | <b>202</b> |

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS:

|                     |   |
|---------------------|---|
| A                   | Chronbachs Alpha (interne Konsistenz)   |
| $\alpha$            | Signifikanzniveau (in der vorliegenden Studie festgelegt auf .05)                 |
| $\alpha'$           | Bonferroni-korrigiertes Signifikanzniveau   |
| ASÜ                 | Fragebogen aquisitive Selbstüberwachung von Laux und Renner (2002)                |
| B                   | Unstandardisierter Regressionskoeffizient   |
| $\beta$             | Standardisierter Regressionskoeffizient   |
| BDI-II              | Beck Depressions-Inventar Revision von Hautzinger et al. (2006)                   |
| BIDR                | Balanced Inventory of Desirable Responding von Musch et al. (2002)                |
| BSI                 | Brief Symptom Inventory von Franke (2000)   |
| Cohens d            | Effektstärke nach Cohen   |
| $\Sigma$            | Summe   |
| FPTM                | Fragebogen zur Erfassung der Therapiemotivation von Nübling et al. (2006)         |
| ICC <sub>just</sub> | Inter-Class-Correlation-Coefficient (Maß der Beurteilerübereinstimmung), justiert |
| M                   | Mittelwert der Stichprobe   |
| Max                 | Maximum   |
| Min                 | Minimum   |
| n                   | Größe der Stichprobe  |
| N                   | Größe der Grundgesamtheit   |
| NEO-FFI             | NEO-Fünf-Faktoren-Inventar von Borkenau & Ostendorf (2008)                        |
| p                   | Signifikanzwert   |
| PSÜ                 | Fragebogen Protektive Selbstüberwachung von Laux & Renner (2002)                  |
| PSPS                | Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung Renner von Renner (2011)          |
| r                   | Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient nach Pearson                               |
| r <sub>pb</sub>     | Punkt-biseraler Korrelationskoeffizient   |
| R <sup>2</sup>      | Erklärte Varianz  |
| $\bar{R}^2$         | Gemittelte erklärte Varianz   |
| rho                 | Korrelationskoeffizient nach Spearman   |
| SD                  | Standartabweichung der Stichprobe   |
| SE B                | Standartabweichung unstandardisierter Regressionskoeffizient                      |
| SPS                 | Skala Persönlichkeitsdarstellung (Authentizitätsskala) von Laux & Renner (2002)   |
| STADI               | State-Trade-Angst-Depressions-Inventar von Laux et al. (2013)                     |
| t                   | T-Wert  |
| *                   | signifikant auf einem Niveau von .005 (2-seitig)                                  |
| *'                  | signifikant auf einem Niveau von 0.05 (1-seitig)                                  |
| **                  | signifikant auf einem Niveau von .001 (2-seitig)                                  |
| **'                 | signifikant auf einem Niveau von 0.01 (1-seitig)                                  |

## ZUSAMMENFASSUNG

*Forschungsfrage.* Anhand von 80 Therapievideos und einer Fragebogenbatterie wurden in der hier vorliegenden korrelativen Videographiestudie folgende Fragen beantwortet: Erstens - wie stellen sich vollstationäre psychosomatische Patienten während der ersten Therapiesitzung gegenüber ihrem Therapeuten dar? Zweitens welche Variablen beeinflussen die patientische Selbstdarstellung in der ersten Psychotherapiesitzung? Bei der Beantwortung dieser Frage wurde, wie dem Untertitel dieser Dissertationsschrift zu entnehmen ist, ein besonders Augenmerk auf Zusammenhänge der Selbstdarstellung der Patienten im Erstgespräch zu den Variablenbereichen Therapiemotivation, Depression und Persönlichkeit gelegt. Bezüglich des Variablenbereichs Therapiemotivation wurden auch ein eventueller Rentenwunsch der Patienten und dessen Zusammenhang zur Selbstdarstellung untersucht. Eine dritte und abschließende Frage lautete: Kann die Art und Weise, wie sich stationäre Psychotherapiepatienten in der ersten Sitzung gegenüber ihrem Therapeuten präsentieren, den späteren Therapieerfolg dieser Patienten vorhersagen? Zu diesen drei Forschungsfragen wurden fünf Hypothesen im Detail formuliert, welche korrelations- und regressionsanalytisch überprüft wurden. Im Rahmen dieser Arbeit umfasst Selbstdarstellung alle markanten gesprochenen und anderweitig gezeigten Verhaltensweisen und Darstellungsformen, mit denen Menschen ihr Bild von sich vermitteln.

*Auswahl der Forschungsfrage.* Die Fragestellung entstand während der praktischen Tätigkeit der Autorin dieser Studie als Psychotherapeutin. Immer wieder fiel auf, wie unterschiedlich sich Psychotherapiepatienten im ersten Gespräch mit ihrem Therapeuten präsentierten und es stellte sich der Autorin daher die Frage, ob die patientische Selbstdarstellung eher von soziodemographischen Variablen, etwa dem Geschlecht, von störungsbezogenen Variablen, etwa der aktuelle Depressivität, von therapiemotivationsbezogenen und anreizbezogenen Variablen, etwa einem möglichen Rentenwunsch, oder doch eher von Persönlichkeitsvariablen, etwa von Extraversion, beeinflusst wird. Das therapeutische Erstgespräch wurde als Zeitpunkt für die Videoaufnahme gewählt, da es durch das erstmalige Aufeinandertreffen von Patient und Therapeut eine besonders relevante soziale Situation darstellt.

*Erhebungszeitpunkt Aufnahmegespräch.* Die 80 Patienten der vorliegenden Stichprobe wurden während ihres Aufnahmegesprächs in eine psychosomatische Fachklinik mit ihrem Einverständnis mithilfe einer unauffälligen Kamera gefilmt. Zehn Therapeutinnen vergleichbaren Alters und Ausbildungsstandes führten die Aufnahmegespräche, welche sich alle im Aufbau an den Vorgaben des klinikinternen psychotherapeutischen Aufnahmebefunds orientierten. Nach einem informellen Gesprächsbeginn umfasst das Aufnahmegespräch die Bereiche aktuelle Lebenssituation, aktuelle Symptomatik mit Screening der wichtigsten Störungsbereiche sowie die Erfassung früherer Be-

handlungen mit Erfassung der Krankengeschichte. Anschließend werden auch vorläufige Therapieziele abgefragt, ein vorläufiger Therapieplan wird erstellt und abschließend wird den Patienten das Behandlungsangebots der Fachklinik erklärt. Die Therapeutinnen wurden angehalten, möglichst offene Fragen zu stellen und den Patienten viel Raum zum Antworten und für spontane Ergänzungen zu geben. Damit entsprach die Gesprächssituation keinem standardisierten klinischen Interview, um die ökologische Validität der Daten zu sichern. Das besondere Merkmal dieser Studie ist, dass eine große Anzahl „echter“ Aufnahmegespräche mit „echten“ Patienten analysiert werden konnte.

*Klinische Stichprobe.* Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie war neben Freiwilligkeit und erwerbsfähigem Alter (25–65 Jahre) mindestens eine stationär behandlungsbedürftige psychische Erkrankung nach der ICD-10, Kapitel F. Die 80 untersuchten Patienten waren im Durchschnitt 46,8 Jahre alt und gaben zu Behandlungsbeginn an, in den letzten beiden Wochen vor Aufnahme durchschnittlich mittel- bis schwergradig depressiv gewesen zu sein. 66.3 % der Patienten waren weiblich. 64% hatten als Hauptdiagnose eine Affektive Störung (F3), hier überwiegend depressive und rezidivierend depressive Störungen. Am zweithäufigsten litten die Patienten mit 25.9% unter neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) als Hauptdiagnose, hier überwiegend somatoforme Störungen, phobische Störung und andere Angststörungen. Am dritthäufigsten war die Hauptbehandlungsdiagnose Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (9.9%), besonders häufig war an dieser Stelle eine Essstörung Hauptbehandlungsdiagnose. Ausgeschlossen wurden Patienten mit akuter Substanzabhängigkeit und akuter Psychose.

*Rating der Therapievideos.* Die 80 Therapievideos der Erstgespräche wurden anhand eines Kategoriensystems für den Gegenstandsbereich Selbstdarstellung in Psychotherapien der Forschergruppe um A. Schütz und G. Schiepek sieben Selbstdarstellungskategorien zugeordnet. Diese sieben Oberkategorien lauten: Demonstriere Stärke und Kompetenzen (I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung), Mach` deutlich, dass du es schwer hattest/hast (II.klagende Selbstdarstellung), Sei eine gute Klientin/Schaffe eine gutes Beziehung zum Therapeuten (III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung), Zeige, dass dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist (IV.externalisierungsorientierte Selbstdarstellung), Fordere Hilfe vom Therapeuten (V.hilfesuchende Selbstdarstellung), Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten (VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung) und Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen (VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung).

Zunächst erhielten der Rater und der Co-Rater der Videos, beide ausgebildete Psychologen, ein von der Studienleitung entwickeltes Ratertraining. Anschließend wurden im Minutentakt so genannte Selbstdarstellungseinheiten der Patienten in den Aufnahmevideos identifiziert und später über die Länge des Aufnahmegesprächs für die sieben Oberkategorien aufsummiert (quantitative

Auswertung). Als Selbstdarstellungseinheit wurde hierbei jedes verbale und nonverbale Verhalten der Patienten gewertet, welches markant, zielorientiert und spontan vom Patienten gezeigt wurde und nicht etwa nur eine reaktive, der Frage angemessene Antwort auf die Symptomabfrage des Therapeuten darstellte. In der vorliegenden Studie galten zur Einschätzung, ob ein Verhalten selbstdarstellungsrelevant ist - also als eine so genannte Selbstdarstellungseinheit zu werten ist – Leitfragen, welche für das anerkannte Verfahren psychologische Plananalyse entwickelt wurden.

Anschließend wurde eine Beobachterübereinstimmung mit 20% des Videomaterials durchgeführt. Die Beobachterübereinstimmung (Pearson-Korrelation und Inter-Class-Correlation) war bei allen sieben Selbstdarstellungskategorien noch hoch bis sehr hoch. In der Kategorie I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung war sie nach den statistischen Kennwerten am geringsten.

*Ergebnisse Forschungsfrage eins - wie stellen sich vollstationäre psychosomatische Patienten während der ersten Therapiesitzung gegenüber ihrem Therapeuten dar?* Die Patienten wollten im Durchschnitt am häufigsten ein guter Klient sein, eine gute Beziehung zum Therapeuten schaffen und zeigten Interesse und Bereitschaft, an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten. Auch noch häufig forderten die Patienten im Aufnahmegespräch Hilfe vom Therapeuten und machten deutlich, dass sie es schwer haben/hatten. Äußerst selten präsentierten die Patienten von sich aus noch verbliebene Stärken und Kompetenzen; zeigten, dass ihr Leiden stark fremdbeeinflusst ist oder schützten sich vor bedrohlichen Veränderungen. Das Verhältnis zwischen Klagen und Hilfe beim Therapeuten fordern einerseits und sich dem Therapeuten gegenüber als freundlich und lösungsaktiv zu präsentieren andererseits zeigte sich nach dem Rating der Videos also als recht ausgeglichen. Die Autorin hätte ihrem klinischen Eindruck nach mehr Klagen und mehr hilfesuchendes Verhalten bei den Patienten vermutet. Dies war nicht der Fall.

*Ergebnisse Forschungsfrage zwei - welche Variablen beeinflussen die patientische Selbstdarstellung in den ersten Minuten der Psychotherapie?* Insgesamt schienen bei der patientischen Selbstdarstellung in den ersten Therapieminuten am meisten therapiemotivations- und anreizbezogene Variablen, und weniger stark störungsbezogene, soziodemographische und persönlichkeitsbezogene Merkmale eine Rolle zu spielen: So waren Patienten mit Rentenwunsch als möglichen Therapieanreiz im Aufnahmegespräch klagsamer als Patienten ohne Rentenwunsch (großer Effekt nach Cohen) und forderten auch häufiger Hilfe vom Therapeuten (ebenfalls großer Effekt nach Cohen). Diese Ergebnisse wurden jedoch an einer reduzierten Stichprobe von n=49 (Unterstichprobe Rentenangabe) erhoben, da nicht alle der 80 Patienten bereit waren, Angaben über ein solch sensibles Thema wie einen möglichen Rentenwunsch zu machen. Die Patienten der Gesamtstichprobe N=80 präsentierten spontan auch umso weniger Stärken und Kompetenzen, umso neurotischer sie sich nach dem Big-Five-Konzept in ihrer Persönlichkeit beschrieben, je weniger guter Stimmung sie unmittelbar vor dem Aufnahmegespräch waren und je depressiver sie sich in den vergangenen zwei

Wochen einschätzten. Die Autorin dieser Studie hätte vermutet, dass insbesondere die aktuelle Depressivität die Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch mehr beeinflusst, dass sich Patienten beispielsweise um so hilfeschender, klagender und ihr Leiden als umso fremdbeeinflusster darstellen, je depressiver sie zum Aufnahmezeitpunkt waren. Dies war nicht der Fall und Gründe hierfür wurden diskutiert. Darüber hinaus stellten sich die Frauen in der Gesamtstichprobe (N=80) als hilfeschender dar als Männer (mittlerer Geschlechtereffekt nach Cohen). Insgesamt sagten viele Variablen mit recht hoher Varianzaufklärung die kompetenzorientierte Selbstdarstellung vorher, wohingegen kaum oder keine Variablen die freundlich-beziehungsorientierte und die externalisierungsorientierte Selbstdarstellung vorhersagten.

*Ergebnisse Forschungsfrage drei - kann die Art und Weise, wie sich stationäre Psychotherapiepatienten in der ersten Sitzung gegenüber ihrem Therapeuten präsentieren, den späteren Therapieerfolg dieser Patienten vorhersagen?* Die Art und Weise, wie sich Patienten innerhalb der ersten Therapiesitzung präsentierten, konnte ihren Therapieerfolg nicht vorhersagen. Ein Rentenwunsch erlaubte auch keine Vorhersage bezüglich des Therapieerfolgs der Patienten - wobei in der vorliegenden Studie Selbstdarstellung klar von Manipulation abgegrenzt wurde. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu den negativen Auswirkungen eines Rentenwunschs auf den Therapieerfolg, wie die Forschergruppe um Nickel sie im Jahr 2006 berichtete.

*Ausblick.* Ausgehend von dieser Therapiestudie mit hoher ökologischer Validität und den diskutierten Schwächen fordert die Autorin weitere selbstdarstellungsbezogene Studien im klinischen Setting – allerdings unter stärkerer Berücksichtigung der Interaktion zwischen der Selbstdarstellung von Patient und Therapeut als in der vorliegenden Studie. So kommt die Autorin nach Durchführung dieser Studie zu dem Schluss, dass Selbstdarstellungsforschung Therapeuten dabei helfen kann, die wirklichen Ziele und Motive hinter dem spontanen Verhalten eines Patienten besser zu verstehen, um nicht seine eigentlichen Therapieanliegen zu übersehen. Hierbei ist es aus Sicht der Autorin unumgänglich, diese patientischen Anliegen besonders innerhalb der ersten Phase der Therapie anhand der Analyse der Selbstdarstellung des Patienten zu identifizieren, um zügig im Therapieprozess an den richtigen Therapiezielen arbeiten zu können.

## 1 EINLEITUNG

*Motivation der Autorin für die Forschungsfragestellung.* Als psychotherapeutisch arbeitende Psychologin machte die Autorin dieser Studie häufig die Erfahrung, dass sich psychotherapeutische Patienten während der Aufnahmegespräche in einer psychosomatischen Klinik in der ersten Therapiesitzung sehr unterschiedlich präsentierten. Häufig gewann die Autorin den Eindruck, dass während des Aufnahmegesprächs von Seiten der Patienten bereits für die Therapie zentrale Interaktionsziele der jeweiligen Patienten – beispielsweise der Wunsch nach Schonung - auf verbaler und nonverbaler Ebene transportiert wurden. Aufgrund der zahlreichen Anforderungen an Therapeuten während eines stationären Aufnahmegesprächs – beispielsweise das Gespräch zu strukturieren, die notwendigen Gesichtspunkte des zu erstellenden psychotherapeutischen Aufnahmebefundes abzufragen und die wichtigen Punkte des Gesprächs mitzunotieren – hatte sie als Therapeutin jedoch meist nicht die Möglichkeit, genügend Kapazitäten für die genauere Erfassung dieser Interaktionsziele über die patientische Selbstdarstellung frei zu machen. Dies war eine wichtige Motivation, eine Selbstdarstellungsstudie für psychotherapeutische Aufnahmegespräche zu konzipieren. Insbesondere fiel der Autorin dieser Studie des Weiteren auf, dass mit manchen Patienten im stationären Setting erst zum Ende der Therapie offen über die Therapiemotivation bzw. einen möglichen Berentungswunsch gesprochen wurde. Die Autorin und ihre Kollegen stellten sich an dieser Stelle häufig die Frage, ob sich ein möglicher Berentungswunsch vielleicht bereits im Erstgespräch durch eine entsprechende Selbstdarstellung des jeweiligen Patienten gezeigt hatte, dieser jedoch nicht genügend von therapeutischer Seite registriert wurde. Schließlich fragte sich die Autorin, ob diese motivationalen Aspekte wirklich die relevantesten Determinanten eines Erstgesprächs bezüglich der patientischen Selbstdarstellung im Erstgespräch in der Klinik seien, oder ob nicht störungsbezogene Variablen wie das Ausmaß an Depressivität oder persönlichkeitsbezogene Variablen wie etwa Extraversion das Aufnahmegespräch am stärksten beeinflussten.

*Einführung in die Selbstdarstellungsforschung im Kontext von Psychotherapien.* Selbstdarstellung umfasst in einer gängigen Definition nach Laux & Renner (2005) „alle Versuche, mithilfe von verbalem und nonverbalem Verhalten Formen des Auftretens oder der äußeren Erscheinung Bilder der eigenen Person zu vermitteln“ (S.234).

Die Selbstdarstellungsforschung ist Gegenstand der Sozialpsychologie und der Persönlichkeitspsychologie (siehe Mummendey, 1995). Die Übertragung der Methoden und Konstrukte der Selbstdarstellungsforschung auch auf den Bereich Psychotherapie kann nach Schütz et al. (1997, S.459f) jedoch einen wichtigen Beitrag leisten, Verhaltensweisen und dahinter stehende Motive bei Patienten im therapeutischen Gespräch besser einzuordnen, um als Therapeut auf diese reagieren zu können. Schütz et al. (1997) stellten im Resümee ihrer Einzelfallstudie zum Gegenstandsbereich

der Selbstdarstellung im psychotherapeutischen Setting fest, wie wichtig es sei, die therapeutische Interaktion auch aus der Perspektive der Selbstdarstellung zu untersuchen:

Research focusing on self-presentational intentions, such as the present study, can also help in finding out what kind of conscious or subconscious self-presentational intentions were present during an interview, and in enabling the therapist to more easily understand the client's self-presentational concerns (S. 459f).

*Einführender Überblick über die Forschungsfragestellung.* Auf Grundlage einer umfassenden Videostudie von 80 psychotherapeutischen Aufnahmegesprächen im stationären Setting sollte schließlich die Frage geklärt werden, wie sich psychosomatische Patienten im Erstgespräch gegenüber ihrem Therapeuten selbst darstellen. Zunächst wurde die Selbstdarstellung der Patienten in der ersten Therapiestunde im Rahmen dieser Arbeit beschrieben. Beispielsweise wurde untersucht, ob sich die Patienten während der Aufnahmesitzung eher hilfesuchend zeigen (hilfesuchende Selbstdarstellung) oder ob sie stattdessen häufig ihre noch verbliebenen Stärken und Kompetenzen präsentieren (kompetenzorientierte Selbstdarstellung), ob sie ihr Leiden als stark fremdbeeinflusst präsentieren (externalisierungsorientierte Selbstdarstellung) oder ob sie Interesse und Bereitschaft zeigen, an der Lösung der Probleme zu arbeiten, welche sie in die Therapie führen (aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung). Hierzu wurde das verbale und nonverbale Verhalten der Patienten in den ersten Therapieminuten gefilmt und die im Video identifizierten so genannten Selbstdarstellungseinheiten anschließend von geschulten Ratern den sieben Selbstdarstellungskategorien kompetenzorientierte, klagende, freundlich-beziehungsorientierte, externalisierungsorientierte, hilfesuchende, aktiv-lösungsorientierte und vermeidungsorientierte Selbstdarstellung zugeordnet.

Nach der Beschreibung der Selbstdarstellung der Patienten im Aufnahmegespräch wurde anschließend im Rahmen der vorliegenden Studie untersucht, welche Variablen die Selbstdarstellung des Patienten, z.B. die Kategorie klagende Selbstdarstellung, in der ersten Therapiesitzung maßgeblich beeinflussen: soziodemographische Variablen (z.B. Geschlecht), Persönlichkeitsvariablen (z.B. Verträglichkeit), Störungsvariablen (z.B. Depressivität) oder Therapiemotivation und externer Anreiz (z.B. symptombezogene Zuwendung). Zu diesen vier Bereichen soziodemographische Variablen, persönlichkeitsbezogenen Variablen, störungsbezogene Variablen und anreiz- und therapiemotivationsbezogene Variablen wurden vier ungerichtete Hypothesen zum Zusammenhang mit der Selbstpräsentation der Patienten im Erstgespräch formuliert (siehe Hypothesen 1-4, ungerichteter Teil, Tab.2-6) – in der Form, als dass ein Zusammenhang zwischen diesen vier Variablenbereichen und der Art und Weise, wie sich Patienten im Aufnahmegespräch zeigen besteht, wobei über die Richtung dieser Zusammenhänge keine Aussagen getroffen wurden.

Innerhalb dieser Untersuchung nehmen bezüglich der vier Bereiche soziodemographische, persönlichkeitsbezogene, störungsbezogene und anreiz- und therapiemotivationsbezogene Variablen die Variablen Therapiemotivation bzw. Anreiz sowie Depressivität der Patienten sowie deren Zusammenhänge (Korrelationsanalysen) und Einflüsse auf die Selbstdarstellung (Regressionsanalysen)

einen besonderen Stellenwert ein. Zu diesen zwei Variablenbereichen wurden zusätzlich zu den ungerichteten Hypothesen zwei gerichtete Hypothesen formuliert. Geprüft wurde an dieser Stelle, ob sich depressivere Patienten, wie von der Autorin dieser Studie vermutet, z.B. weniger kompetenzorientiert, klagender, hilfeschender und weniger aktiv-lösungsorientiert gegenüber dem Therapeuten darstellen (siehe Hypothese 3, Tab.2-6). Zudem überprüfte die Autorin dieser Studie die gerichtete Hypothese, dass sich psychosomatische Patienten mit geringer Therapiemotivation oder externen Therapieanreizen im Aufnahmegespräch – etwa mit einem Rentenwunsch oder einem bereits gestellten Rentenantrag - z.B. als weniger kompetent und als hilfeschender darstellen oder auch stärker zeigen, dass ihr Leiden extern - also von außen, etwa vom Arbeitsplatz - beeinflusst ist (Details siehe Hypothese 2, Tab.2-6). Dies diente dem Ziel, den therapeutischen Prozess bei möglichen Rentenwünschen der Patienten entsprechend anzupassen und zu optimieren (siehe Kap. 2.1).

In einem abschließenden prospektiven Teil der Videographiestudie wurde untersucht, inwieweit die Selbstdarstellung der Patienten im Aufnahmegespräch den Therapieerfolg vorhersagen kann sowie inwieweit die Depressivität oder ein möglicher Rentenwunsch – eine Variable der Therapiemotivation - der videographierten Patienten den Therapieerfolg vorhersagen (Details siehe Hypothese 5, Tab.2-6).

Insgesamt handelt es sich somit um eine korrelative Videographiestudie mit prospektiven Elementen.

## 2 THEORETISCHER HINTERGRUND UND FRAGESTELLUNG

**2.1 Theoretischer Hintergrund und Relevanz der Fragestellung**

*Theorien der Selbstdarstellung.* Was versteht man unter Selbstdarstellung? „Wenn wir uns selbst darstellen, versuchen wir, den Eindruck zu steuern, den wir auf andere ausüben, und - als Folge davon – wie sie uns behandeln (vgl. Goffmann, 1959)“ (Laux, 2003, S. 230). Diese allgemeine Definition kann aber noch nicht deutlich machen, welche konkreten Strategien und Techniken Menschen bewusst oder nicht bewusst benutzen, um sich selbst darzustellen. Einen guten Überblick über die verschiedenen Selbstdarstellungstechniken – englischsprachig auch Impression-Management-Techniken genannt - gibt Mummendey in seinem 1995 erschienenen Standardwerk der Selbstdarstellungsforschung.

Mummendey (1995, S.140ff) liefert hier eine allgemeine Einteilung der „diversen in der Literatur besprochenen Impression-Management-Techniken“ (S.140) und unterscheidet in positive und negative Techniken. Mummendey (1995) erläutert seine Einteilung weiter:

Mit einer solchen Klassifikation würde eine Differenzierung danach vorgenommen, ob sich jemand in günstiger, sich selbst erhöhender und sozial gebilligter Weise oder aber in eher ungünstiger, sich selbst herabsetzender und sozial weniger gebilligter Weise präsentiert (S.140).

Als positive Selbstdarstellungstechniken („im Sinne der Zuschreibung positiv bewerteter Merkmale an die eigene Person“, Mummendey, 1995, S. 140) benennt Mummendey (1995, S.140f) elf Techniken (siehe Tab.2-1); als negative Selbstdarstellungstechniken acht Techniken, welche in Tabelle 2-2 aufgeführt sind:

*Tabelle 2-1: Positive Selbstdarstellungstechniken nach Mummendey (1995)*

|                                      | Selbstdarstellungstechnik<br>(englischsprachige Benennung)  |
|--------------------------------------|---|
| Positive Selbstdarstellungstechniken | 1.Eigenwerbung betreiben ( <i>self-promotion</i> )<br>2.Hohe Ansprüche signalisieren ( <i>entitlements</i> )<br>3.Hohes Selbstwertgefühl herausstellen ( <i>self-enhancement</i> ) und übertreiben ( <i>overstatement</i> )<br>4.Sich über Kontakte aufwerten ( <i>BIRGing = basking in reflected glory</i> ) und sich über Kontakte positiv abheben ( <i>boosting</i> )<br>5.Kompetenz und Expertentum signalisieren ( <i>competence, expertise</i> )<br>6.Beispielhaft erscheinen ( <i>exemplification</i> )<br>7.Attraktivität herausstellen ( <i>personal attraction</i> )<br>8.Hohen Status und Prestige herauskehren ( <i>status, prestige</i> )<br>9.Glaubwürdigkeit und Vertrauenswürdigkeit herausstellen ( <i>credibility, trustworthiness</i> )<br>10.Offenheit hervorkehren ( <i>self-disclosure</i> )<br>11. Sich beliebt machen, sich einschmeicheln ( <i>ingratiation, other-enhancement</i> ) |

Tabelle 2-2: Negative Selbstdarstellungstechniken nach Mummendey (1995)

| Selbstdarstellungstechnik<br>(englischsprachige Benennung) |  |
|--|--|
| Negative Selbstdarstellungstechniken                       | 1. Entschuldigen, Abstreiten von Verantwortlichkeit ( <i>apologies, excuses</i> ),<br>Rechtfertigen ( <i>justification, accounts</i> ) in misslichen Lagen ( <i>predicaments</i> )<br>2. Widerrufen, ableugnen, dementieren, vorsorglich abschwächen ( <i>disclaimers</i> )<br>3. Sich als unvollkommen darstellen ( <i>self-handicapping</i> )<br>4. Understatement<br>5. Hilfsbedürftig erscheinen ( <i>supplication</i> )<br>6. Symptome geistiger Erkrankung zeigen<br>7. Bedrohen, einschüchtern ( <i>intimidation</i> )<br>8. Abwerten anderer ( <i>blasting</i> ) |

Ein typologisierender Ansatz im Bereich Self-monitoring und Selbstdarstellung stammt von Snyder (1987; Gangestad & Snyder, 2000), welcher zwischen High- und Low-Selfmonitoren unterscheidet. Er zeigt, dass das häufige Einsetzen von Selbstdarstellung (High-Selfmonitoring) in der Literatur stellenweise durchaus als Verstellung aufgefasst wird und - im Gegensatz zu authentischem Verhalten ganz ohne oder mit nur geringer Selbstdarstellung, dem Low-Selfmonitoring (siehe Laux, 2003, S. 231f sowie Kap. 6). High-Selfmonitoring – hohe Selbstüberwachung - hat nach dem Snyderschen Ansatz dabei durchaus eine manipulative Komponente. Laux & Renner (2002) führen dazu aus:

Die Selbstüberwacher im Snyderschen Ansatz weisen eine starke Publikumsorientierung auf. Sie möchten das Publikum für sich einnehmen. Sie richten ihr soziales Verhalten adaptiv und flexibel auf unterschiedliche situative Anforderungen aus. Nomen est omen, könnte man beim starken Selbstüberwacher nach Mark Snyder sagen: Der starke Selbstüberwacher „snydert“ sich sozusagen das dem jeweiligen Publikum angepasste Verhalten zurecht (S.132f).

Snyders Ansatz scheint starke Selbstüberwacher abzuwerten und zeigt sich normativ: „Es steht schon für eine sehr extreme Auffassung, wenn Snyder Personen mit hohen Selfmonitoring-Werten als `soziale Chamäleons` bezeichnet (Snyder, 1987)“ (Laux & Renner, 2002, S. 130). Kelly (2000a) fasst die Sicht zahlreicher Forscher auf den Gegenstand der Selbstdarstellung von Patienten im Bereich von Psychotherapien in ähnlicher Weise zusammen:

Clients` self-presentations and impression-management attempts (the terms have been used interchangeably in the literature) have historically been construed as counterproductive efforts to manipulate or influence their counsellor (see, e.g., Friedlander & Schwartz, 1985; Haley, 1963; Strong, 1968) (S. 476).

Im Rahmen der hier vorliegenden Studie wird diese Sicht auf die Selbstdarstellung des Patienten als therapieschädigende Manipulation durch eine umfassendere und weniger einseitige Perspektive ersetzt – denn ein hohes Maß an Selbstdarstellung kann für den Patienten, den Therapeuten sowie für den gesamten therapeutischen Prozess auch hilfreich sein.

*Definition von Selbstdarstellung für die vorliegende Studie.* In der vorliegenden Studie orientiert sich die Autorin bezüglich der Definition von Self-monitoring und Selbstdarstellung daher an einer allgemeinen, wertneutralen Definition. Selbstdarstellung als Konstrukt der Sozial- und Persönlichkeitspsychologie umfasst nach Laux & Renner (2005) - welche die in der Literatur gängigen Selbstdarstellungsdefinitionen prägnant zusammenfassen - wie in der Einleitung beschrieben - „alle Versuche, mithilfe von verbalem und nonverbalem Verhalten Formen des Auftretens oder der äußeren Erscheinung Bilder der eigenen Person zu vermitteln“ (S.234). Wichtig ist im Verständnis von Selbstdarstellung im Rahmen dieser Studie darüber hinaus, dass Selbstdarstellung nach der Definition Schlenkers (1980) „nicht nur gegenüber realen Bezugspersonen [erfolgt], sondern auch gegenüber bloß vorgestellten Interaktionspartnern“ (Laux, 2003, S.231; zusammenfassend für die Auffassung Schlenkers, 1980). Adressat der Selbstdarstellung kann „sogar primär [...] das eigene Selbst und somit [...] ein inneres Publikum“ (Laux, 2003, S. 231; zusammenfassend für die Auffassung Schlenkers, 1980) sein. Selbstdarstellung hat also keineswegs nur interaktionelle Ziele. Zudem kann Selbstdarstellung bewusst - aber auch unbewusst – erfolgen („conscious or unconscious“, siehe Schlenker 1980, S. 6).

*Kategoriensystem zur Erfassung von Selbstdarstellung in der Psychotherapie.* Die in der Literatur beschriebenen Selbstdarstellungstechniken (siehe z.B. Mummendey, 1995) lassen sich jedoch nicht ungeprüft auf den Bereich der Psychotherapie übertragen. Die Forschergruppe um A. Schütz und G. Schiepek (siehe Kowalik, Schiepek, Kumpf, Roberts & Elbert, 1997; Schiepek et al., 1997; Schütz, Richter, Köhler & Schiepek, 1997; Strunk, 2004; Strunk & Schiepek, 2002) untersuchte daher induktiv (bottom-up-Design) in einer detaillierten Videographiestudie Psychotherapiesitzungen auf selbstdarstellungsrelevantes Verhalten. Das hierbei erarbeitete System zur Kategorisierung der Selbstdarstellung im Anwendungsbereich von Psychotherapien (siehe Kowalik et al., 1997; Schiepek et al., 1997; Schütz et al., 1997; Strunk, 2004; Strunk & Schiepek, 2002) ist die Grundlage der Erfassung der patientischen Selbstdarstellung im therapeutischen Eingangsgespräch in der hier vorliegenden Studie.

Im Rahmen einer Einzelfallanalyse des Videomaterials einer 13-stündigen, lösungsorientierten Kurzzeittherapie identifizierte die Forschergruppe um A. Schütz und G. Schiepek – mithilfe der Methode der sequentiellen Plananalyse nach Caspar (1989) - sieben selbstdarstellungsbezogene Oberpläne sowie 33 den Oberplänen zugeordnete Unterpläne auf Patientenseite. Die selbstdarstellungsbezogenen Oberpläne lauten:

1. Demonstriere Stärke und Kompetenzen; 2. Mach` deutlich, dass du es schwer hast/hast; 3. Sei eine gute Klientin/schaffe eine gute Beziehung zum Therapeuten; 4. Zeige, dass dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist; 5. Fordere Hilfe vom Therapeuten; 6. Zeige Interesse/Bereitschaft, an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten; 7. Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen (Strunk & Schiepek, 2002, S. 292).

Der Oberplan „Fordere Hilfe vom Therapeuten“ besteht so z.B. aus Unterplänen wie "Stelle die Problemlage in aller Dramatik dar", "Zeige Dich hilflos und unsicher" und "Verlange Ratschläge" (Strunk & Schiepek, 2002, S.295). Diese sieben Oberpläne und die zugeordneten 33 Unterpläne, welche aus der Einzelfallbetrachtung stammen, zeigen Tabelle 2-3 und Tabelle 2-4 (nach Strunk, 2004, S.539; im Folgenden an die neue deutsche Rechtschreibung adaptiert). Dieses Kategoriensystem wurde auch für die Analyse der 80 Therapievideos der vorliegenden Studie verwendet.

*Tabelle 2-3: Selbstdarstellungsbezogene Ober- und Unterpläne nach Strunk (2004), Oberpläne 1-5*

| <b>33 selbstdarstellungsbezogene Pläne 1.Ordnung<br/>(Unterpläne)</b>  | <b>7 selbstdarstellungsbezogene Oberpläne<br/>(Pläne 1-5)</b>         |
|--|---|
| 1. Zeige, dass du Kompetenzen hast, das Leben zu meistern  | 1. Demonstriere Stärke und Kompetenzen                                |
| 2. Zeige, dass du im Alltag einfühlsam und bescheiden bist   |   |
| 3. Betone, dass du anderen, aber auch dir selbst, Gutes tun willst   |   |
| 4. Mache deutlich, dass du viel durchmachst /durchgemacht hast   | 2. Mach` deutlich, dass du es schwer hattest/hast                     |
| 5. Vermittle, dass du es schwer hast, aber nicht genügend Unterstützung und Verständnis erfährst                   |   |
| 6. Äußere Selbstzweifel  |   |
| 7. Zeige dich resigniert über deine momentane Situation  |   |
| 8. Sei lebhaft und locker  | 3. Sei eine gute Klientin/schaffe eine gute Beziehung zum Therapeuten |
| 9. Bestätige den Therapeuten   |   |
| 10. Sei dem Therapeuten gegenüber freundlich (zeige höfliches Verhalten)   |   |
| 11. Äußere Hoffnung auf Verbesserungen   |   |
| 12. Mache deutlich, dass andere die Schuld und Verantwortung haben.  | 4. Zeige, dass dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist                 |
| 13. Zeige, dass du in deiner Entwicklung behindert wirst (durch Krankheit, Ehemann und sonstige Lebenssituationen) |   |
| 14. Stelle die Problemlage in aller Dramatik dar   | 5. Fordere Hilfe vom Therapeuten                                      |
| 15. Zeige, dass du dich alleingelassen fühlst  |   |
| 16. Drücke deine Ängste zu verschiedenen Lebensbereichen aus   |   |
| 17. Verlange Ratschläge  |   |
| 18. Zeige, dass du deinem Alltag hilflos und schwach gegenüber stehst  |   |
| 19. Zeige dich in der Therapiesituation hilflos und unsicher   |   |
| 20. Zeige, dass es für dich schwer ist, die Situation zu verändern   |   |

Tabelle 2-4: Selbstdarstellungsbezogene Ober- und Unterpläne nach Strunk (2004), Oberpläne 6-7

| <b>33 selbstdarstellungsbezogene Pläne 1.Ordnung<br/>(Unterpläne)</b>   | <b>7 selbstdarstellungsbezogene Oberpläne<br/>(Pläne 6-7)</b>                |
|---|--|
| 21. Zeige, dass du selbst Lösungen suchst<br>22. Zeige, dass du Fortschritte machst<br>23. Betone, dass du schon vor und unabhängig von der<br>Therapie Lösungsversuche unternommen hast<br>24. Bemühe dich um Einsicht und neue Erfahrungen<br>(expliativ)<br>25. Bemühe dich um Einsicht und neue Erfahrungen<br>(reflexiv)<br>26. Äußere Ziele und Wünsche<br>27. Betone, dass du entschlossen für deine Interessen<br>eintrittst<br>28. Sei aufnahmebereit<br>29. Gestalte die Therapie aktiv mit<br>30. Vermittle Eindruck in deine Lebensverhältnisse | 6. Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung<br>deiner Probleme zu arbeiten |
| 31. Zeige, dass du dich in der Situation unwohl fühlst<br>32. Rechtfertige eigenes problematisches Verhalten<br>33. Vermeide die Auseinandersetzung mit Problemen   | 7. Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen                               |

Das Kategoriensystem der Gruppe um A. Schütz und G. Schiepek wurde an Hand der Therapie einer 28-jährigen, verheirateten Patientin - Mutter eines zwei Jahre alten Sohnes - erarbeitet und mehrfach publiziert (siehe Kowalik et al., 1997; Schiepek et al., 1997; Schütz et al., 1997; Strunk, 2004; Strunk & Schiepek, 2002). Hierfür wurden 13 Stunden der lösungsorientierten Kurzzeittherapie der Patientin mit einem erfahrenen Therapeuten auf Video festgehalten. Das verbale und non-verbale Verhalten auf den Videos wurde vollständig transkribiert, auf Selbstdarstellung hin untersucht, in einzelne Selbstdarstellungseinheiten zerlegt, und diese schrittweise Kategorien und Oberkategorien zugeordnet (in der Sprache der Plananalyse: Pläne erster, zweiter, dritter, etc. Ordnung; siehe Caspar, 1989). Die Patientin kam in die Therapie mit folgenden Therapieanliegen: Sie beklagte mangelnde Selbstbehauptung gegenüber den Ansprüchen ihres Mannes, ihrer Herkunftsfamilie und ihren Schwiegereltern. Sie litt unter fehlender Anerkennung, fühlte sich abgelehnt, litt unter Schuldgefühlen sowie unter zahlreichen vegetativen Beschwerden wie beispielsweise Magenproblemen (siehe Strunk und Schiepek, 2002, S. 294). Der gewählte Fall entspricht aus Sicht der Autorin dieser Studie somit einem typischen psychosomatischen Patienten, wie er auch in die vollstationäre Behandlung kommt.

Die sieben Selbstdarstellungskategorien (selbstdarstellungsbezogenen Oberpläne, aus Tabelle 2-3 und Tabelle 2-4, wurden von der Autorin dieser Studie verkürzend mit je einem Oberbegriff benannt, um ihre spätere Darstellung zu vereinfachen (siehe Tab.2-5).

Tabelle 2-5: Benennung der Selbstdarstellungskategorien mit Oberbegriffen (SD= Selbstdarstellung)

| Selbstdarstellungskategorie nach Schütz (1997)                             | Verkürzte Selbstdarstellungskategorien mit neuen Oberbegriffen |
|--|--|
| I.Demonstriere Stärke und Kompetenz  | → I.kompetenzorientierte SD                                    |
| II.Mach` deutlich, dass du es schwer hattest/ hast                         | → II.klagende SD   |
| III.Sei eine gute Klientin/ Schaffe eine gute Beziehung zum Therapeuten    | → III.freundlich-beziehungsorientierte SD                      |
| IV.Zeige, dass dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist                      | → IV.externalisierungsorientierte SD                           |
| V.Fordere Hilfe vom Therapeuten  | → V.hilfesuchende Selbstdarstellung SD                         |
| VI.Zeige Interesse/ Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten | → VI.aktiv-lösungsorientierte SD                               |
| VII.Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen                            | → VII.vermeidungsorientierte SD                                |

*Wann ist ein Verhalten in der Psychotherapie Selbstdarstellung?* Bei der Frage, was im Rahmen einer psychotherapeutischen Sitzung als Selbstdarstellung – genauer als eine Selbstdarstellungseinheit - zu raten ist, orientierten sich die Autoren des innerhalb dieser Studie verwendeten Kategoriensystems (siehe Strunk, 2004; in Anlehnung an Caspar, 1989) an folgenden Leitfragen:

- Welche Gefühle und Eindrücke löst der Klient, die Klientin bei mir und anderen aus?
- Was will er/sie bei mir und anderen erreichen, wozu will er/sie mich und andere bringen, welche Verhaltenstendenzen auslösen?
- Welches Bild von sich versucht er/sie mir und anderen zu vermitteln?
- Welches Bild von sich versucht er/sie für sich selber aufrechtzuerhalten?
- Welches Verhalten von mir und anderen würde gar nicht in die Situation passen, würde schwer fallen, versucht er/sie zu verhindern (S.506)?

In der vorliegenden Studie gelten zur Einschätzung, ob ein Verhalten selbstdarstellungsrelevant ist - also als eine so genannte Selbstdarstellungseinheit zu werten ist – ebenfalls die oben genannten Leitfragen nach Strunk (2004, S. 506). Diese Leitfragen für die Identifikation von Selbstdarstellungseinheiten entsprechen somit den Fragen zur Identifikation von Plänen im Rahmen der Plananalyse nach Caspar (1989). Selbstdarstellung in der Therapiesituation umfasst demnach markantes, zielorientiertes und spontan vom Patienten gezeigtes Verhalten und ist nicht rein reaktiv, etwa auf die Symptomabfrage des Therapeuten (Details siehe auch Beobachtertraining, Kap. 3.2.2.4).

*Selbstdarstellungseinheiten im Aufnahmegespräch – ein Patientenbeispiel.* Antwortet ein Patient beispielsweise auf die Frage des Therapeuten „Unter welchen psychischen Beschwerden leiden sie momentan am meisten?“ (Symptomabfrage im Aufnahmegespräch) mit einer Aufzählung seiner

aktuellen Beschwerden, etwa „Ich habe ständig Grübelgedanken, komm morgens kaum mehr aus dem Bett und muss ständig weinen!“, so wird diese Patientenaussage nicht als Selbstdarstellungseinheit gewertet, sondern als angemessene Antwort auf eine Symptomabfrage des Therapeuten. Untermalt der Patient jedoch diese Aussage zum Beispiel mit ausladender Gestik, fasst sich etwa an den Kopf und schüttelt mehrmals den Kopf während seiner Aussage, so wird dieses Verhalten durchaus als eigenständige Selbstdarstellungseinheit gewertet – in diesem Fall würde Kategorie vier „Mache deutlich, dass du viel durchmachst/durchgemacht hast“ (siehe Tab.2-3) einmal geratet. Ebenso wird diese Aussage des Patienten als Selbstdarstellungseinheit gewertet, wenn Patient und Therapeut bereits den Teil des Aufnahmegesprächs, in dem die aktuellen Beschwerden und Symptome abgefragt werden (siehe obligatorische Bestandteile des Aufnahmegesprächs, siehe Tab.3-18) verlassen haben und etwa mögliche Therapieziele besprechen - und der Patient dann nochmals spontan erneut seine bereits geschilderten Symptome in klagender Weise beschreibt. Selbstverständlich kann auch eine angemessene Antwort eines Patienten Ausdruck einer Selbstdarstellungsintention sein. Beispielsweise kann der Patient das interaktionelle Ziel verfolgen, sich selbst möglichst authentisch darzustellen. Aus methodischen Gründen musste die Definition von Selbstdarstellung, genauer die Definition einer Selbstdarstellungseinheit, allerdings für diese Studie etwas eingeeengt werden. Bei der Auswertung von Selbstdarstellungseinheiten wurden deshalb nur *deutliche* Hinweise auf ein - wie im vorherigen Abschnitt definiert - markantes, zielorientiertes und spontan vom Patienten gezeigtes selbstdarstellungsbezogenes Verhalten gewertet, um die große verbale und nonverbale Datenmenge bewältigbar zu machen. Aber natürlich ist alles Verhalten einer Person- sei es nun Patient oder Therapeut - auch Selbstdarstellung.

*Bezug des vorliegenden Kategoriensystems zur Selbstdarstellungsliteratur.* Das von der Forschergruppe um A. Schütz und G. Schiepek (siehe Kowalik et al., 1997; Schiepek et al., 1997; Schütz et al., 1997; Strunk, 2004; Strunk & Schiepek, 2002) erarbeitete System zur Kategorisierung der Selbstdarstellung im Anwendungsbereich von Psychotherapien zeigt trotz des nicht-theoriegeleiteten, induktiven (datengeleiteten) Vorgehens der Plananalyse starke Bezüge zur bereits erwähnten, in der Selbstdarstellungsliteratur verbreiteten Kategorisierung positiver und negativer Selbstdarstellungstechniken nach Mummendey (1995, siehe Tab.2-1):

Die positiven Selbstdarstellungstechniken nach Mummendey (1995) überschneiden sich in der Selbstdarstellungstechnik fünf „Kompetenz und Expertentum signalisieren (competence, expertise)“ mit dem selbstdarstellungsbezogenen Unterplan eins „Zeige, dass Du Kompetenzen hast, das Leben zu meistern“ und den Unterplänen 21 „Zeige, dass du selbst Lösungen suchst“ und 23 „Betonen, dass Du schon vor und unabhängig von der Therapie Lösungsversuche unternommen hast“ nach Strunk (2004). Mummendeys positive Selbstdarstellungstechnik zehn „Offenheit hervorkehren (self-disclosure)“ erinnert an Strunks selbstdarstellungsbezogenen Unterplan 30 „Vermittle Eindruck in deine Lebensverhältnisse“ und Mummendeys „Sich beliebt machen, sich einschmeicheln (ingratiati-

on, self-enhancement)“ trägt Züge von Strunks Selbstdarstellungsunterplänen neun „Bestätige den Therapeuten“ und zehn „Sei dem Therapeuten gegenüber freundlich (zeige höfliches Verhalten)“.

Bei den negativen Selbstdarstellungstechniken nach Mummendey (1995) gibt es ebenso Überschneidungen zum in der hier vorgelegten Studie verwendeten Selbstdarstellungskategoriensystem nach Strunk (2004). Mummendey (1995) nennt „Entschuldigen, Abstreiten von Verantwortlichkeit (apologies, excuses), Rechtfertigen (justification, accounts) in misslichen Lagen (predicaments)“ als erste und „Widerrufen, ableugnen, dementieren, vorsorglich abschwächen (disclaimers)“ als zweite seiner negativen Selbstdarstellungstechniken. Diese Techniken können mit Strunks selbstdarstellungsbezogenen Unterplänen fünf „Vermittle, dass Du es schwer hast, aber nicht genügend Unterstützung und Verständnis erfährst“, Unterplan 12 „Mache deutlich, dass andere die Schuld und Verantwortung haben“, Unterplan 13 „Zeige, dass Du in Deiner Entwicklung behindert wirst (durch Krankheit, Ehemann und sonstige Lebenssituationen)“ und Unterplan 32 „Rechtfertige eigenes problematisches Verhalten“ in Beziehung gebracht werden. Mummendeys negative Selbstdarstellungstechniken drei „sich als unvollkommen darstellen (self-handicapping) und fünf „hilfsbedürftig erscheinen (supplication) schließlich stehen in Verbindung mit Strunks Unterplänen sechs „Äußere Selbstzweifel“, sieben „Zeige dich resigniert über die momentane Situation“, 15 „Zeige, dass du dich alleingelassen fühlst“, 16 „Drücke Deine Ängste zu verschiedenen Lebensbereichen aus“, 17 „Verlange Ratschläge“, 18 „Zeige, dass du Deinem Alltag hilflos und schwach gegenüber stehst“, 19 „Zeige dich in der Therapiesituation hilflos und unsicher“ und 20 „Zeige, dass es für Dich schwer ist, die Situation zu verändern“.

*Selbstdarstellung im therapeutischen (Erst-) Gespräch in der Literatur.* Zum Themengebiet der Selbstdarstellungsforschung im klinischen Bereich gibt es bereits vereinzelt Literatur: An Studenten, als Ersatz für eine patientische Stichprobe, erforschten beispielsweise Kelly, McKillop und Neimeyer (1991) im Video depressive und nicht-depressive Selbstdarstellung – sowie die dadurch bei den Studenten ausgelösten Internalisierungsprozesse - gegenüber Therapeuten versus Peers, welche im Anschluss die Selbstdarstellungsvideos sehen würden. Kelly, Kahn und Coulter (1996) legten eine Fragebogenstudie zur Selbstdarstellung – hauptsächlich zur schriftlichen Symptompräsentation - von Patienten und Studenten gegenüber Therapeuten und Peers für den Zeitpunkt des Therapiebeginns vor. Hautzinger und Heckel-Guhrenz (1991) untersuchten die Reaktionen von nicht-therapeutischen Zuhörern auf gebessert depressive Patientinnen und stellte fest, dass wegen Depressionen behandelte Patienten aufgrund einiger relevanter Sprachparameter „trotz gebesserter [depressivem] Zustand [...] negatives Befinden und soziale Ablehnung hervorrufen“ (S.207). Henson Matthews und Marschall (1988) untersuchten in einer Fragebogenstudie Self-Monitoring von Therapeuten, welche Aufnahmesitzungen durchführten - in Abhängigkeit von deren therapeutischer Orientierung (z.B. psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch; siehe Henson Matthews & Marschall, 1988, S.434). Spezifische Selbstdarstellungsforschung im *direkten* Kontakt zwischen Psy-

*chotherapeut und Patient jenseits der Fragebogenstudie* ist jedoch ein bisher kaum beachtetes Forschungsgebiet. Neben den Arbeiten der Forschergruppe um A. Schütz und G. Schiepek (siehe Kowalik et al., 1997; Schiepek et al., 1997; Schütz et al., 1997; Strunk, 2004; Strunk & Schiepek, 2002), die wie in diesem Kapitel schon ausführlich beschrieben Videoanalysen therapeutischer Sitzungen in Bezug auf Selbstdarstellung durchführten und auf welchen die hier vorliegende Studie bezüglich des Selbstdarstellungs-Kategoriensystems basiert, gibt es hierzu kaum empirische Arbeiten. Kelly (2000a, 2000b) näherte sich dem psychotherapeutischen Setting aus der Perspektive der Selbstdarstellung immerhin theoretisch und betonte, wie wichtig eine solche selbstdarstellungsgeleitete Betrachtung des therapeutischen Prozesses sei. In diesem Zusammenhang fasst die Autorin (siehe Kelly, 2000a, S. 475) Studien zusammen, die zeigen, dass Selbstdarstellung und das bewusste Zurückhalten von Informationen von Patienten gegenüber dem Therapeuten sogar mit positivem Therapieoutcome in Verbindung gebracht wird („[...] clients benefit from therapy by coming to see themselves favorably through the images that therapists reflect back to them“, siehe Kelly, 1998, zitiert nach Kelly, 2000a, S.484) In der Selbstdarstellungstaxonomie von Tedeschi, Lindskold und Rosenfeld (1985; zitiert nach Mummendey, 1995) und Tedeschi und Norman (1985, zitiert nach Mummendey, 1995) wurde die Kombination von „Strategie“ - als dauerhaft angelegte, situationsübergreifende Selbstdarstellung - und von „Defensivität“ - als eine die Identität der Person bedrohende sowie auf Schutz und Verteidigung ausgelegte Selbstdarstellung - als „pathologisch oder klinisch-psychologisch zu bezeichnende Verhaltensweisen“ (Mummendey, 1995, S. 136f) wie etwa häufiges Entschuldigen (excuses) definiert. Auch „eine Reihe von Self-handicapping-Strategien (wie Alkoholismus und Drogenabhängigkeit, Hilflosigkeit und Ängstlichkeit) und die Präsentation von Symptomen von Geisteskrankheit“ (Mummendey, 1995, S. 137) wurden von den Autoren unter diese defensiven Impression-Management-Strategien subsumiert. Hier gelang den Autoren in ihrer theoretischen Einteilung ein Brückenschlag zwischen den Bereichen Selbstdarstellung und psychisch gestörtem Verhalten bzw. psychischer Störung. Friedlander und Schwartz (1985) äußerten sich ebenfalls bereits 1985 zum Forschungsgegenstand der Selbstdarstellung von Patienten in Psychotherapien theoretisch und legten eine Taxonomie vor, welche aus den Strategien einschmeicheln, hilfsbedürftig erscheinen, sich selbst erhöhen, einschüchtern und ein gutes Bild der eigenen Person bewahren besteht („ingratiation, supplication, self-promotion, [...] intimidation [...], facework“, S. 483). All diese Strategien dienen nach Friedlander und Schwartz (1985) dazu, dem Patienten dabei zu helfen, Ablehnung und Schuldzuweisungen von Seiten des Therapeuten zu verhindern (S. 483), welche aufgrund des Machtgefälles in Psychotherapien zu Gunsten des Therapeuten entsteht – eine aus Sicht der Autorin dieser Studie etwas einseitige Sicht auf patientische Selbstdarstellung.

*Warum das Aufnahmegespräch als Erhebungszeitpunkt?* Das psychotherapeutische Aufnahmegespräch ist für den Patienten eine hoch relevante soziale Situation. Hier kommt es zur Bildung des ersten Eindrucks (siehe Aronson, 2005) für Patient und Therapeut, welcher auf den gesamten wei-

teren Therapieverlauf Einfluss hat: Der Patient kann dem Therapeuten hier erstmals sein Leiden zeigen und seine Ziele klarmachen. Kelly (2000a) führt im Kontext von Selbstdarstellung in Psychotherapien des Weiteren an, dass Patienten sich umso mehr bemühen, einen gewünschten Eindruck zu hinterlassen, je wichtiger für sie das Gegenüber ist:

In general, people's efforts at creating desirable impressions are intensified when the audience is significant (i.e. expert, powerful, attractive) (S. 477).

Der Eindruck, den der Patient beim Psychotherapeuten als selbstdarstellungsrelevantes Gegenüber in den ersten Minuten der Psychotherapie hinterlässt, sollte basierend auf Kelly (2000a) aufgrund dessen „Macht“ - beispielsweise etwa den Abschlussbericht eines Patienten zu schreiben und den Schweregrad und die Diagnose seiner psychischen Störung festzulegen - sowie aufgrund seines „Expertenstatus“ als psychologisch-medizinischer Fachmann - folglich für den Patienten besonders wichtig sein. Die Bedeutung der Anfangsphase von Therapien, also der ersten Therapiesitzungen, wurde bereits mehrfach empirisch untersucht (Kelley et al., 1996; Regli, Bieber, Mathier & Grawe, 2000; Sommers-Flanagan & Bequette, 2013; Sommers-Flanagan, Richardson & Sommers-Flanagan, 2011). Bekannt wurde hier unter anderem die Wirkfaktorenanalyse von Regli et al. (2000, S.399, S.415), welche die Bedeutung der Anfangsphase von Psychotherapien für den Beziehungsaufbau zwischen Patient und Therapeut anhand einer Videographiestudie von unterschiedlich erfolgreichen Therapien belegte. Auch der Psychotherapieforscher Caspar (2007) erläutert die Wichtigkeit des therapeutischen Aufnahmegesprächs für den therapeutischen Prozess bezüglich der Identifikation relevanter Ziele des Patienten näher:

Die ersten Minuten einer Therapie sind oft sehr aufschlussreich, weil der Klient im Sinne des `interaktiven Problemlösens` (Argyle 1972) versucht, die Situation nach dominanten interaktionellen Bedürfnissen zu gestalten: Nach einem gut geführten Erstinterview können in der Regel die Pläne für die *interaktionelle* Therapieplanung erschlossen werden (S.130).

*Unterfragestellung Rentenwunsch.* Aber nicht nur der Expertenstatus oder die „Macht“ des Therapeuten machen das therapeutische Erstgespräch zu einer sozial sehr relevanten Situation, sondern auch Anliegen und Anreize auf Seiten des Patienten beeinflussen sicher die Art und Weise, wie sich der Patient in den ersten Therapieminuten gegenüber seinem Therapeuten präsentiert. Ein besonderes Augenmerk wird im Rahmen dieser Arbeit auf so genannte externe Therapieanreize, genauer auf einen möglichen Berentungswunsch, gelegt. Externe Anreize wie z.B. ein Rentenwunsch von Patienten sind eine Unterkategorie der Variable Therapiemotivation. Hier stellte sich der Autorin der vorliegenden Studie die Frage: Unterscheiden sich Patienten mit (einem eventuell verdeckten) Rentenwunsch bereits im Aufnahmegespräch von Patienten ohne Rentenwunsch und wie können diese in Zukunft von ihren Therapeuten identifiziert werden? Diese Frage entstand in der Praxis des Klinikalltags, wo eventuelle Rentenwünsche der Patienten von Psychotherapeuten oft nicht oder zu spät identifiziert und explizit in den Therapieverlauf einbezogen werden (siehe Begründung Hypothese 2, Tab.2-6). Diese Arbeit verfolgt bezüglich dieser Unterfrage Rentenwunsch das Ziel, die

Effektivität von Psychotherapien durch eine entsprechende Anpassung der Behandlung gemäß den individuellen Bedürfnissen der Patienten zu erhöhen. Die Relevanz der Unterfragestellung Rentenwunsch sollte an dieser Stelle daher in vierfacher Hinsicht betrachtet werden: Aus Patientensicht, aus Therapeutesicht sowie aus Sicht der behandelnden Institution und der Gesellschaft.

Aus *Patientensicht* ist die Unterfragestellung Rentenwunsch insbesondere für den individuellen Therapieerfolg von Patienten zentral. Depressive Patienten mit externem Therapieanreiz – wie von Nickel et al. (2006) in einer Subgruppe operationalisiert über das Stellen eines Rentenantrags - konnten weniger von der stationären Psychotherapie profitieren. Nickel et al. (2006) legten hierzu relevante empirische Befunde vor. Ziel der 2006 publizierten Studie war „zu überprüfen, ob die primäre Therapiemotivation bei depressiven Frauen die Ergebnisse einer psychotherapeutischen stationären Behandlung beeinflusst“ (S. 11). Als Messinstrumente wurden unter anderem der „Fragebogen zur Therapiemotivation“ (FMP), das „Beck-Depressions-Inventar“ (BDII) und der „Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens“ (VEV) eingesetzt. Nickel et al. (2006) fassen ihre Ergebnisse folgendermaßen zusammen:

Alle Patientinnen, die einen Rentenantrag gestellt hatten, wurden in der Gruppe der weniger motivierten Patientinnen gefunden und zu einer Subgruppe zusammengefasst. [...] Die Subgruppe der `Rentenpatientinnen` zeigte in allen drei Messinstrumenten eine signifikant geringe Veränderung. Patientinnen mit depressiver Symptomatik, die primär über eine relativ hohe Therapiemotivation verfügen, könnten signifikant stärker als die weniger motivierten von der stationären psychotherapeutischen Behandlung profitieren (S.11).

Die hier vorgestellte Studie kann dabei helfen zu klären, ob und wie sich Patienten mit externem Therapieanreiz von solchen ohne externen Therapieanreiz schon im psychotherapeutischen Aufnahmegespräch in der Präsentation ihres Selbst und ihrer Anliegen unterscheiden. Patienten mit externen Therapieanreizen, also mit Rentenwunsch, könnten so zügiger identifiziert werden. In solchen Fällen wäre, um die Patienten adäquat behandeln zu können, eine ausführlichere Motivationsklärungsphase nach dem siebenstufigen Therapieprozessmodell nach Kanfer, Reinecker und Schmelzer (2006) im psychotherapeutischen Prozess nötig, als bei Patienten ohne externen Anreiz. Die Patienten könnten über eventuelle Hindernisse für den Gesundungsprozess durch externe Therapieanreize aufgeklärt werden und den stationären Aufenthalt gegebenenfalls zu einem anderen Zeitpunkt beginnen, wenn die Motivation für die psychotherapeutische Behandlung günstiger erscheint. Entsprechende Patienten könnten dann zur Klärung aktueller Belange auf einen anderen Therapieweg verwiesen werden – beispielsweise zunächst zu einer sozialtherapeutischen Beratung, welche bei einem aktuellen Renten- oder Pensionierungswunsch helfen kann. Dies wäre im Sinne eines verantwortlichen therapeutischen Handelns eine notwendige Alternative, anstatt einen Therapieaufenthalt zu einem Zeitpunkt zu beginnen, an dem der Patient gegebenenfalls im Konflikt steht, im Rahmen der Therapie nur bis zu einem bestimmten Punkt gesunden zu dürfen, da er andernfalls fürchtet, bestimmte (sozial-) rechtliche oder berufsrelevante Leistungen, wie eine vorzeitige Renten-

oder Pensionszahlung, nicht mehr erhalten zu können. Nicht ganz ausgeschlossen ist, dass in solchen Fällen auch ein Verzicht auf eine psychotherapeutische Behandlung angezeigt sein kann.

Die Selbstdarstellung von Patienten mit und ohne externe thematisierte Anreize besser beurteilen zu können erscheint auch aus *Therapeutesicht* wichtig, um langfristig die Motivation und das Selbstvertrauen der Therapeuten für ihre Berufsausübung zu erhalten. Allein das Wissen, der entsprechende Patient könnte auch aufgrund eines externen Anreizes, wie etwa eines Rentenwunschs angeben, wenig von der Behandlung zu profitieren - und nicht allein aufgrund der Versäumnisse oder der Unfähigkeit des Therapeuten - erscheint vor diesem Hintergrund hilfreich.

Aus Sicht von *Klinik und Gesellschaft* ist folgendes Argumente aufzuführen: Nickel et al. (2006) resümieren hierzu:

Bei den im Fall eines laufenden Rentenverfahrens relativ wenig motivierten Patienten fallen sowohl der Aufbau von Therapiemotivation als auch die endgültigen Behandlungsergebnisse signifikant geringer aus (S.11).

Für die Kliniken können sich durch gering thematisierte bzw. extern motivierte Patienten, welche wie beschrieben stellenweise nur zu einem gewissen Maß Besserung der Symptome angeben „dürfen“, Probleme bei der Bewertung der Behandlungserfolge ergeben. Patienten mit externen Therapieanreizen, mit welchen diese Therapieanreize nicht offen thematisiert werden bzw. werden können, könnten in der Abschlussevaluation des stationären Therapieaufenthalts die Effektivität der in der Klinik durchgeführten Behandlung in Richtung geringere Behandlungserfolge als tatsächlich gegeben verzerren. Zudem ist Psychotherapie im stationären Setting teuer. Jährlich entstehen für die Behandlung von Depressionen/psychischen Störungen für die Krankenkassen in Deutschland hohe Kosten. Nickel et al. (2006) verweisen auf die Möglichkeit, hier durch frühzeitige Motivationsermittlung die Effizienz der Behandlungen zu verbessern: „Möglicherweise könnte Motivationsermittlung und -aufbau vor einer stationären Aufnahme zur besseren Effizienz der kostenintensiven klinischen Behandlung beitragen“ (S.11).

## 2.2 Hypothesen

Für die vorliegende Studie sollen fünf Hypothesen geprüft werden. Drei Hypothesen sind bezüglich der Selbstdarstellung im psychotherapeutischen Aufnahmegespräch ungerichtet, zwei Hypothesen beschreiben auch die Richtung der vermuteten Zusammenhänge.

*Ungerichtete Hypothesen.* Hypothese eins und vier besagen, dass ein Zusammenhang zwischen der Selbstdarstellung der Patienten in der ersten Psychotherapiesitzung und soziodemographischen sowie persönlichkeitsbezogenen Variablen vermutet wird – unklar, welcher Richtung dieser Zusammenhang sein wird. Beide Hypothesen sollen korrelativ und regressionsanalytisch geprüft werden. Hypothese fünf schließlich vermutet einen Zusammenhang zwischen der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch und dem Therapieerfolg und soll regressionsanalytisch geprüft werden.

*Gerichtete Hypothesen.* Hypothese zwei und drei beschreiben die Richtung der vermuteten Zusammenhänge zwischen der Selbstdarstellung der Patienten im therapeutischen Aufnahmegespräch und der Depressivität bzw. zwischen der Selbstdarstellung und der Therapiemotivation der Patienten. Beide Hypothesen sollen korrelativ sowie regressionsanalytisch geprüft werden. Die Hypothesen sind nach dem Schema „Je depressiver/je weniger therapiemotivierter, desto mehr/weniger stellen sich die Patienten kompetenzorientiert, klagend, etc. dar“ formuliert. Unter einem „mehr oder weniger“ an einer spezifischen Selbstdarstellungsform wird in der hier vorliegenden Studie verstanden, dass die Patienten quantitativ mehr oder weniger spontan gezeigte, markante Selbstdarstellungseinheiten (Definition Selbstdarstellungseinheit siehe Kap. 2.1 und Kap. 3.2.2.4) gegenüber ihrem Therapeuten im Erstgespräch zeigen, welche von den Beurteilern dieser Studie im Video geratet werden.

Tabelle 2-6 fasst die Hypothesen für die vorliegende Untersuchung zusammen, die im Folgenden erläutert und begründet werden.

Tabelle 2-6: Hypothesen der korrelativen Videographiestudie mit prospektiven Elementen

- 
- H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den *soziodemographischen Variablen* Alter/ Geschlecht und der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch [ungerichtete Hypothese].
- H2: Es besteht ein Zusammenhang zwischen therapiemotivationsbezogenen Variablen und der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch:
- Je weniger therapiemotiviert* die Patienten, umso weniger *kompetenzorientiert*, umso *klagender*, umso *externalisierungsorientierter*, umso *hilfesuchender*, umso weniger *aktiv-lösungsorientiert* und umso *vermeidungsorientierter* stellen sie sich gegenüber ihrem Therapeuten im psychotherapeutischen Erstgespräch dar [gerichtete Hypothese Teil 1].
- Dieser Zusammenhang gilt insbesondere für extern motivierte Patienten (Patienten mit Rentenwunsch) als Unterform der Therapiemotivation, auch unter Kontrolle der Depressivität [gerichtete Hypothese Teil 2].
- H3: Es besteht ein Zusammenhang zwischen störungsbezogenen Variablen und der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch:
- Je depressiver* die Patienten, umso weniger *kompetenzorientiert*, umso *klagender*, umso *hilfesuchender* und umso weniger *aktiv-lösungsorientiert* stellen sie sich gegenüber ihrem Therapeuten im psychotherapeutischen Erstgespräch dar [gerichtete Hypothese].
- H4: Es besteht ein Zusammenhang zwischen den *persönlichkeitsbezogenen Variablen* und der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch [ungerichtete Hypothese].
- H5: Die Selbstdarstellung des Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch sagt den Therapieerfolg vorher [ungerichtete Hypothese].
- 

*Hypothese eins: soziodemographische Variablen.* Hypothese eins lautet: „Es besteht ein Zusammenhang zwischen den *soziodemographischen Variablen* Alter/Geschlecht und der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch [ungerichtete Hypothese]“. In der Literatur werden insbesondere zwischen den Variablen Geschlecht und Selbstdarstellung zahlreiche Zusammenhänge in verschiedenen Kontexten und sowohl im verbalen als auch im nonverbalen Verhalten beschrieben (siehe Whitehead & Smith, Gould & Slone, 1982; 1986; Snyder, Ford & Hunt, 1985; Wilson & Lloyd, 1990; Fletcher & Spencer, 1984, Fletcher, 1989; Hughes & Geerken, 1980; nach Mummendey, 1995, S.220 ff). Laut Mummendey (1995) wurde „mehrfach [...] gefunden, dass männliche Personen ein höheres Selbstvertrauen demonstrieren als weibliche (z.B. Whitehead & Smith, 1986) und dass Frauen vergleichsweise bescheidener auftreten (Gould & Slone, 1982)“ (S.220). Dies könnte sich in einer geringeren I.kompetenzorientierten Selbstdarstellung von Frauen manifestieren. Auch zeigte sich in Interviews, dass sich Frauen offener und auch aufrichti-

ger präsentieren als Männer (siehe Fletcher & Spencer, 1984; nach Mummendey, 1995, S.221). Dies könnte sich in einer offeneren Selbstdarstellung bemerkbar machen, eine Unterkategorie der VI.aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung (siehe z.B. Unterplan 30 „Vermittle Eindruck in deine Lebensverhältnisse“) nach Strunk (2004).

*Hypothese zwei: Therapiemotivation und Rentenwunsch.* Hypothese zwei besteht aus einem allgemeinen und aus zwei spezifischen Teilen und lautet wie folgt: „Es besteht ein Zusammenhang zwischen therapiemotivationsbezogenen Variablen und der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch: Je weniger therapiemotiviert die Patienten, umso weniger kompetenzorientiert, umso klagender, umso externalisierungsorientierter, umso hilfeschender, umso weniger aktiv-lösungsorientiert und umso vermeidungsorientierter stellen sie sich gegenüber ihrem Therapeuten im psychotherapeutischen Erstgespräch dar [gerichtete Hypothese Teil 1].

Dieser Zusammenhang gilt insbesondere für extern motivierte Patienten (Patienten mit Rentenwunsch) als Unterform der Therapiemotivation, auch unter Kontrolle der Depressivität [gerichtete Hypothese Teil 2]“.

Unter anderem soll, wie bereits im einführenden Kapitel 2.1 erwähnt, an dieser Stelle geprüft werden, inwieweit sich psychosomatische Patienten mit geringer Therapiemotivation bzw. mit externen Therapieanreizen im Aufnahmegespräch z.B. als weniger kompetent und als hilfeschender darstellen oder auch stärker zeigen, dass ihr Leiden beeinflusst ist. Hypothese zwei, der vermutete Zusammenhang zwischen der Selbstdarstellung in der Aufnahmesitzung und der Therapiemotivation bzw. einem Rentenwunsch entstand durch eigene Beobachtungen der Autorin und Beobachtungen von Kollegen in der klinischen Praxis als Psychotherapeuten. In der vorliegenden Studie soll der in der Hypothese benannte klinische Eindruck daher empirisch untersucht werden. Dass die Selbstdarstellung von Patienten im psychotherapeutischen Setting durch verschiedene Faktoren beeinflusst wird – unter anderem durch die Ziele der Patienten in der therapeutischen Interaktion, wobei ein Rentenwunsch ein solches Ziel sein könnte - führt Kelly (2000a) aus: „The types of self-presentations people perform are influenced by their goals for interacting with others,“ (S.477).

Im Rahmen dieser empirischen Untersuchung wird vermutet, dass sich Patienten mit niedriger Therapiemotivation bzw. mit externem Therapieanreiz – etwa mit einem Rentenwunsch oder einem bereits gestellten Rentenantrag - im Aufnahmegespräch mit ihrem Psychotherapeuten spontan signifikant weniger hinsichtlich ihrer noch erhaltenen Stärken und Fähigkeiten äußern und dass sie im ersten Gespräch weniger Interesse und Bereitschaft zeigen, an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten. Auch vermute ich, dass diese als weniger therapiemotiviert beschriebene Gruppe von Patienten es deutlicher macht, dass sie es schwer hat und dass sie in der Vergangenheit vielen Belastungen ausgesetzt war. Patienten mit niedriger Therapiemotivation bzw. mit externem Therapieanreiz, wie z.B. einem Rentenbegehren, würden darüber hinaus deutlich mehr zeigen, dass ihr Lei-

den fremdbeeinflusst - also von außen, etwa vom Arbeitsplatz beeinflusst - ist und von ihnen selbst nicht geändert werden kann. Sie würden sich signifikant hilfeschender darstellen, mehr Hilfe vom Therapeuten einfordern und sich darüber hinaus mehr vor bedrohlichen Veränderungen durch die Therapie schützen – also wirkliche Veränderungen in der Therapie vermeiden. Dies tun die Patienten vermutlich bewusst oder unbewusst, um sich und dem Therapeuten aus selbstdarstellungstheoretischer Sicht zu zeigen, dass sie zu hilflos, zu belastet - kurz zu krank – sind, um noch weiterhin am Erwerbsleben teilnehmen zu können, oder um sich vor weiteren Belastungen und vor Überforderung im Erwerbsleben zu schützen. Der Therapeut als Adressat dieser Selbstdarstellung hat, wie einleitend erwähnt, durch seine psychologische Fachkompetenz und die „Macht“ über Diagnose und Arztbrief bezüglich des möglichen Wunsches, aus dem Berufsleben auszuschneiden, eine wichtige Rolle. Diese Hypothese, wie beschrieben basierend auf klinischen Beobachtungen in der therapeutischen Praxis, möchte ich prüfen

Einen aktuellen empirischen Beleg aus dem medizinischen Bereich, dass depressive Symptome eventuell im Sinne des Impression Managements bzw. der Selbstdarstellung von Patienten verwendet werden, liefern Fabricatore et al. (2007). Patienten mit dem Wunsch nach einem adipo-sitaschirurgischen Eingriff – beispielsweise einer Magenverkleinerung - stellten sich in dieser Studie vor der für diese Operation notwendigen psychologischen Begutachtung als deutlich depressiver im BDI-II dar als nach dem psychologischen Begutachtungstermin (aber ebenfalls noch vor der eigentlichen Operation!). Die Autoren ziehen hierfür Impression Management – also Selbstdarstellung - als Erklärungshypothese in Betracht (Fabricatore et al., 2007):

The second possibility is that changes in scores [Depressivität nach BDI-II] were attributable to impression management. Participants may have consciously under- or over-reported their symptoms of depression in order to attain a desired outcome (i.e., the mental health professional's recommendation to proceed with bariatric surgery) (S.1216).

Die Autorin dieser Studie geht bei der Konzeption der Studie jedoch davon aus, dass es sich bei der von Rentenwunsch bzw. niedriger Therapiemotivation beeinflussten Selbstdarstellung nicht um bewusste Täuschung oder Manipulation der Patienten handelt (siehe Kap. 6). Die Patienten spüren stattdessen starken Leidensdruck in ihrem Lebensumfeld, den sie aus ihrer subjektiven Sicht nur durch z.B. das Erlangen einer zeitnahen Berentung lindern können, weshalb sie sich dem Therapeuten gegenüber, entsprechend der oben genannten Hypothesen, im so relevanten ersten Gespräch präsentieren. Dies kann im Rahmen unbewusster oder durchaus bewusster Eindruckslenkung von Seiten der Patienten geschehen. Die mit den oben genannten Hypothesen konforme Selbstdarstellung wäre in solchen Fällen die einzig gegenwärtig verfügbare - wenn auch nicht immer funktionale - Strategie der Patienten, ihr Leiden zu lindern und im meist überfordernd erlebten beruflichen Bereich in Zukunft nicht mehr zwangsweise scheitern zu müssen. Dass sich beispielsweise depressive Patienten durch schlechte Performance vor antizipiertem, zukünftigem Versagen schützen, zeigen zahlreiche psychologische Studien (siehe z.B. Weary & Williams, 1990).

Bestätigen sich diese Hypothesen - oder zeigen sich zumindest einige der Hypothesen als wichtige Möglichkeiten zur Charakterisierung und Identifizierung von Patienten mit niedriger Therapiemotivation bzw. mit externen Therapieanreizen wie etwa einem Rentenwunsch - so können Therapeuten künftig in der psychotherapeutischen Arbeit für bestimmte Selbstdarstellungsformen des Patienten im Erstgespräch sensibilisiert werden. Eine reduzierte Therapiemotivation, gegebenenfalls reduziert durch externe Anreize, könnte so frühzeitig thematisiert werden, was die Effektivität von Psychotherapien durch eine entsprechende Anpassung der Behandlung gemäß den individuellen Bedürfnissen der Patienten erhöhen könnte (siehe Einführung, Kap. 2.1).

*Hypothese drei: Depressivität.* Hypothese drei ist eine gerichtete Hypothese und benennt den vermuteten Zusammenhang zwischen Depressivität und Selbstdarstellung – bezogen auf die sieben Selbstdarstellungskategorien. Sie lautet: „Es besteht ein Zusammenhang zwischen störungsbezogenen Variablen und der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch: Je *depressiver* die Patienten, umso weniger *kompetenzorientiert*, umso *klagender*, umso *hilfesuchender* und umso weniger *aktiv-lösungsorientiert* stellen sie sich gegenüber ihrem Therapeuten im psychotherapeutischen Erstgespräch dar [gerichtete Hypothese]“. Beachtet wird hier die Besonderheit der Diagnose Depression im Bezug auf eine mögliche Selbstdarstellung von Patienten. Da insbesondere Hilflosigkeitserleben (z.B. Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligmann, 1999; siehe auch Hill, Weary & Williams, 1986, S.215) eine wichtige Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Depression spielt, gehe ich davon aus, dass sich die Patienten umso häufiger hilfesuchend (Selbstdarstellungskategorie V. nach Strunk, 2004) an den Therapeuten wenden, je depressiver sie sind. Auch gehe ich davon aus, dass depressive Patienten weniger ihre noch verbliebenen Stärken und Kompetenzen zeigen (siehe I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung, nach Strunk 2004), da ein reduziertes Selbstwertgefühl nach der ICD-10 (Kapitel F32, depressive Episode) ein Hauptkriterium der depressiven Episode ist und depressive Patienten aufgrund ihrer Selbstzweifel vermutlich spontan weniger eigene Stärken benennen. Diese Beobachtung machte die Autorin dieser Studie auch als Therapeutin in der klinischen Praxis und diese gilt es nun empirisch zu prüfen. Zudem ist ein geringer Antrieb und reduzierte Energie nach der ICD-10 (Kapitel F32, depressive Episode) ein Hauptkriterium der depressiven Episode, weshalb für diese empirische Arbeit zudem die Hypothese aufgestellt wird, dass stärker depressive Patienten weniger VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung (nach Strunk, 2004) zeigen und beispielsweise weniger häufig spontan benennen, dass sie „schon vor und unabhängig von der Therapie Lösungsversuche unternommen haben (Unterplan 23) und weniger zeigen, dass sie „selbst Lösungen suchen“ (Unterplan 21). Der Zusammenhang, je depressiver die Patienten, umso mehr würden sie auch klagen, entstammt neben eigenen klinischen Beobachtung der Autorin auch der Depressionstheorie von Aaron Beck und dessen kognitiver Triade (Beck, 1963; zitiert nach Liebling, Hiller & Sulz, 2007):

A. T. Beck, der zunächst als Psychoanalytiker arbeitete, fand als typische Denkmuster bei depressiven Menschen eine einseitige, negative Sicht der eigenen Person, der Umwelt sowie der Zukunft und bezeichnete dies als kognitive Triade (S.143).

Aufgrund der negativen Sicht der depressiven Patienten auf sich selbst, die Welt und die Zukunft gehen wir (siehe theoretische Grundlagen zu dieser Hypothese auch bei Hill et al., 1986, S.215) von einer pessimistischeren, nach Strunk (2004) klagenderen Selbstdarstellung dieser Patienten aus.

Zur Selbstdarstellung depressiver Patienten gibt es bereits einige empirische Arbeiten (siehe Baumgardner, 1991; Fabricatore et al., 2010; Hautzinger & Heckel-Guhrenz, 1991; Hautzinger & Hoffmann, 1980; Hill et al., 1986; Weary & Williams, 1990). Hill et al. (1986) führen zur depressiven Selbstdarstellung in ihrer theoretischen Konzeption etwa aus:

We suggest that depressive symptoms may be strategic self-presentations designed to control interpersonal interactions. Moreover, we believe that clarification of the self-presentational goals and strategies of depressed individuals may lead to a better understanding of depression since those goals may be quite different than the goals characteristic of nondepressed individuals (S. 218).

So gehen Hill et al. (1986) davon aus, dass depressive Patienten protektive Selbstdarstellung zeigen, mit dem übergeordneten Ziel, sich selbst vor Ablehnung zu schützen. Hautzinger & Hoffmann (1980) entwickelten und validierten ein kategoriales Beobachtungssystem zur Analyse verbaler Interaktionen bei depressiven Patienten; sie fassen ihre Ergebnisse wie folgt zusammen: „Depressive Personen waren vor allem negativ hinsichtlich ihrer eigenen Person, hilflos und passiv hinsichtlich ihrer Aktivitäten“ (S. 11). Diese Ergebnisse stützen die von der Autorin dieser Studie benannten Hypothesen bezüglich vermehrter hilflesuchender und reduzierter kompetenzbezogener Selbstdarstellung bei depressiven Patienten.

Wichtig bei der Betrachtung der Depressivität ist in diesem Zusammenhang laut Nickel et al. (2006), dass Studien zeigen, dass „ein großer Teil depressiver Patienten eine frühere Berentung anstrebt [siehe Isometsa, Katila & Aro, 2000; Olbricht, Cicholas, & Klenke-Bossek (1998); Stevens & Foerster (1995)]. Diese zeigen oft auch eine geringe Motivation zur Psychotherapie [siehe Isometsa, Katila & Aro, 2000]“ (S.12). An dieser Stelle werden die Schnittstellen zwischen den Hypothesen zwei und drei von den Autoren aufgezeigt.

*Hypothese vier: persönlichkeitsbezogene Variablen.* Hypothese vier lautet „Es besteht ein Zusammenhang zwischen den persönlichkeitsbezogenen Variablen und der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch [ungerichtete Hypothese]“. Über die Art des Zusammenhangs zwischen persönlichkeitsbezogenen Variablen und der Selbstdarstellung von Patienten wird in der vorliegenden Studie keine Aussage getroffen, hier finden sich in der Literatur lediglich einige relevante Hinweise. Mummendey (1995) kritisiert an dieser Stelle: „Extraversion und Neurotizismus [als offensichtlich auf der Verhaltensebene für die Selbstdarstellung relevante Variablen

der Persönlichkeitspsychologie] sind merkwürdigerweise selten direkt mit Selbstdarstellung in Zusammenhang gebracht worden“ (S.217). Befunde gibt es lediglich aus Bewerberinterviews (siehe Fletcher, 1990; nach Mummendey, 1995, S. 217): Extravertierte würden in den Interviews mehr lächeln und weniger Nervosität zeigen; Neurotizismus korreliert niedrig positiv mit dem Zeigen von Nervosität.

Zum Perfektionismus - genauer zum perfektionistischen Selbstdarstellungsstil – gibt es hingegen zahlreiche empirische Studien auch mit klinischen Untersuchungsgruppen (siehe Habke, 1997; Hewitt et al., 2003; Hewitt, Flett & Ediger, 1995; McGee, Hewitt, Sherry, Parkin & Flett, 2005; Sherry, Hewitt, Flett, Lee-Gabbley & Hall, 2007) - insbesondere mit Fokus auf perfektionistische Selbstdarstellung im Bereich von Essstörungen. Da das Kategoriensystem nach Strunk (2004) jedoch in keiner der sieben Kategorien die perfektionistische Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch explizit oder implizit erfasst, wurde auch zu diesen Zusammenhängen zwischen Selbstdarstellung und Persönlichkeit keine gerichtete Hypothese formuliert.

*Hypothese fünf: Therapieerfolg.* Hypothese fünf lautet schließlich: „Die Selbstdarstellung des Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch sagt den Therapieerfolg vorher [ungerichtete Hypothese]“. Zum theoretischen Hintergrund dieser Hypothese: Kelly (2000a) fasst beispielsweise zusammen, dass geringe Offenheit – Kelly versteht darunter, dass Patienten dem Therapeuten persönliche Informationen oder Reaktionen vorenthalten – mit positivem Therapieoutcome in Verbindung gebracht wird (S.475). Diese Sichtweise wird jedoch kontrovers diskutiert (siehe Arkin & Hermann, 2000; Hill, Gelso & Mohr, 2000). Aus diesem Grund wurde aus den eben genannten Studien und theoretischen Arbeiten keine eigene gerichtete Hypothese bezüglich Offenheit formuliert (Offenheit korrespondiert mit Unterplan 30 „Vermittle Eindruck in deine Lebensverhältnisse“ nach Strunk, 2004).

### 3 METHODE

#### 3.1 Untersuchungsteilnehmer (Gesamtstichprobe und Unterstichprobe Rentenangabe)

*Patientenrekrutierung.* Die Patienten der vorliegenden Studie waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung alle vollstationär in einer großen deutschen psychosomatischen Fachklinik mit psychiatrischer Zulassung in Behandlung. Die Patienten, die an der Studie teilnahmen, wurden vom Patientenmanagement der Klinik, welches für die Einbestellung der Patienten zuständig ist, zufällig einem der an der Videostudie teilnehmenden Therapeuten als nächster Patient zugeordnet (Freie-Betten-Prinzip). Die Probanden wurden vor oder bei Therapieantritt schriftlich durch die Projektleiterin über die Studie informiert und erhielten ein gesondertes Formblatt zur Einverständniserklärung. Für die Studie wurden 119 Patienten um ihre Zustimmung gebeten, 88 Patienten stimmten einer Teilnahme zu. Gründe für eine Ablehnung der Teilnehmer waren Unbehagen bezüglich des gefilmt Werdens, Ängste bezüglich der Gewährleistung des Datenschutzes und hohe Nervosität am Aufnahmetag. Acht Patienten, die ihr Einverständnis zur Studie gegeben hatten, wurden zwar videographiert, gingen aber nicht in die Auswertung ein. Bei drei dieser acht Patienten war die Videoaufnahme aufgrund von Aufnahme Fehlern zu kurz, zwei Patienten waren zu alt, ein Patient war zu jung und zwei Patienten hatten trotz mehrmaliger Aufforderung keine ausgefüllte Fragebogenbatterie abgegeben. Die endgültige Teilnehmerzahl der vorliegenden Studie beträgt somit 80 Probanden (siehe Abb.3-1).

*Einschlusskriterien Gesamtstichprobe.* Eingeschlossen in die Gesamtstudie wurden alle Patienten mit stationär behandlungsbedürftiger Diagnose einer psychischen Störung nach ICD-10 (Diagnose-ziffern F1-F6) als Hauptdiagnose. Eingeschlossen in die Studie wurden somit Patienten mit einer Hauptdiagnose aus den Kapiteln F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; Einschränkungen siehe Ausschusskriterien), F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; Einschränkungen siehe Ausschusskriterien), F3 (Affektive Störungen), F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen), F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren) sowie F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen). Die Behandlungsbedürftigkeit der Störung wurde durch die Einweisungsatteste der vorbehandelnden Ärzte sowie durch die Diagnosevergabe der behandelnden Ärzte und Psychologen der Klinik gewährleistet. Stationäre Behandlungsbedürftigkeit im für die Studie gewählten psychosomatischen Setting besteht ab einer nach ICD-10 mittelgradig ausgeprägten psychischen Störung. Einschlusskriterium für die Gesamtstichprobe war neben einer stationär behandlungsbedürftigen psychischen Störung das schriftliche Einverständnis zur Studie und ein Alter zwischen 25 und 65 Jahren (erwachsenes und erwerbsfähiges Alter, insbesondere relevant bezüglich möglicher externer Anreize wie einem Rentenwunsch). 80 Patienten konnten in die Gesamtstichprobe eingeschlossen werden.

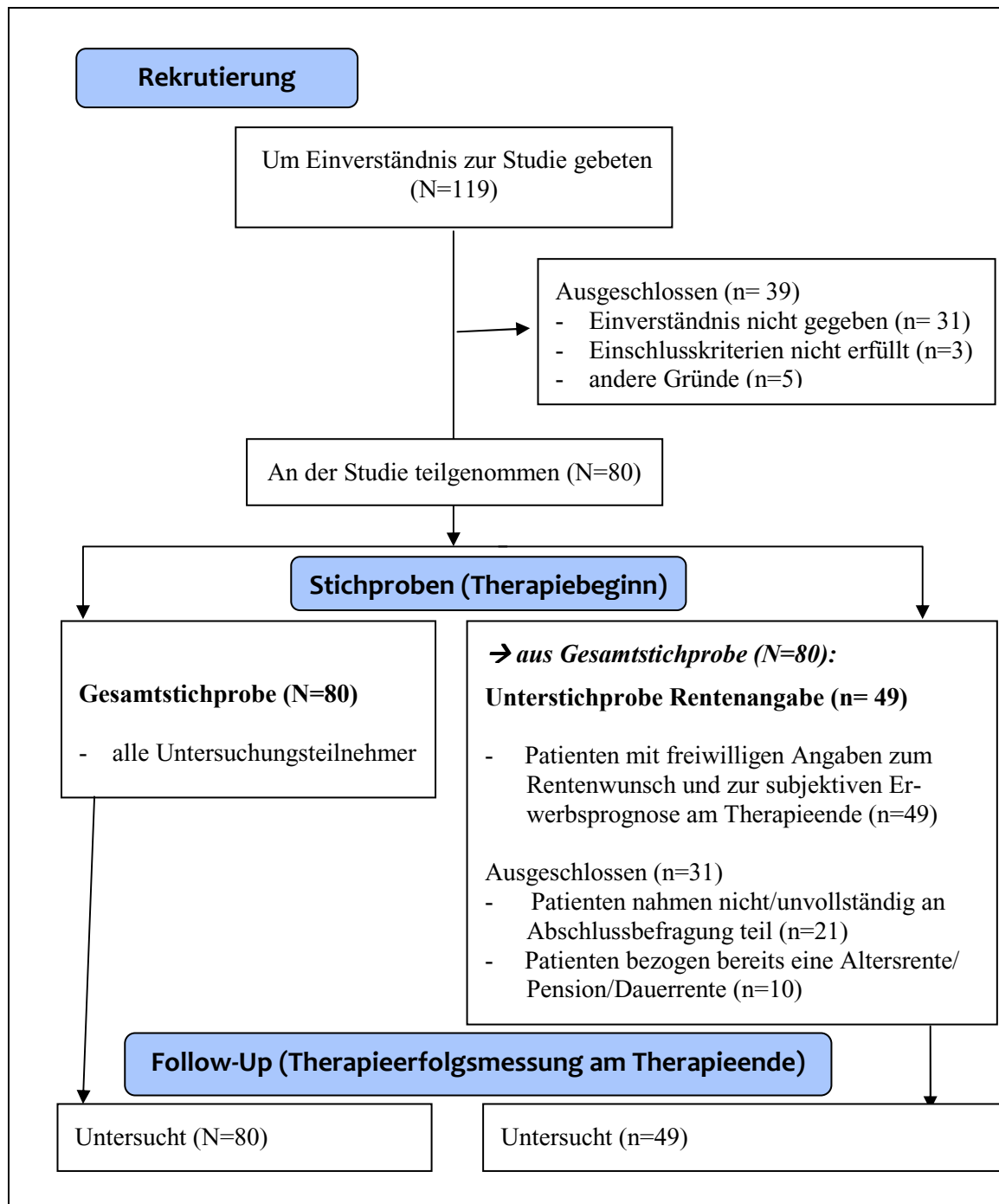


Abbildung 3-1: Stichprobenselektion

Flowchart für die Gesamtstichprobe (N=80) und die Unterstichprobe Rentenangabe (n=49)

*Einschlusskriterien Unterstichprobe Rentenangabe.* Folgende freiwillige Angaben in der Selbstauskunft des Patienten in der Entlasswoche führten zum Einschluss in die Unterstichprobe Rentenangabe: Angaben darüber, ob Patienten glauben, nach dem Klinikaufenthalt wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein zu können; innerhalb welchem Zeitraum das geschehen wird sowie Angaben über Gedanken an einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen). 49 der 80

Patienten der Gesamtstichprobe konnten somit zusätzlich in die Unterstichprobe Rentenangabe eingeschlossen werden. Diese 49 Patienten gaben am Ende der Behandlung freiwillig und unabhängig von der stationären Therapie zusätzlich zu den übrigen Fragebogendaten der Studie Informationen zum Thema Rentenwunsch und konnten daher im Verlauf der Studie zusätzlich bezüglich dieser rentenrelevanter Einflussfaktoren (externer Therapieanreiz) untersucht werden. 10 dieser 49 Patienten gaben tatsächlich einen Rentenwunsch an und 39 gaben an, keinen Rentenwunsch zu haben. Die übrigen 31 Patienten wurden bezüglich der Variable Rentenwunsch nicht untersucht.

*Ausschlusskriterien Gesamtstudie.* Ausgeschlossen wurden Probanden, die ihr Einverständnis zur Studie nicht gaben, Probanden ohne behandlungsbedürftige psychische Störung, Probanden jünger als 25 Jahre oder älter als 65 Jahre sowie Probanden mit akuter Psychose (entsprechende Diagnoseziffern aus ICD-10 F2) oder akuter Suchterkrankung (entsprechende Diagnoseziffern aus ICD-10 F1).

*Ausschlusskriterien Unterstichprobe Rentenangabe.* Nicht aufgenommen in die Unterstichprobe Rentenangabe wurden die Patienten der Gesamtstichprobe (N=80), die den Entlassfragebogen zu den relevanten Fragen zur Erwerbstätigkeit und zum Rentenwunsch (externer Anreiz) nicht oder unvollständig ausfüllten. Zudem wurden Dauerrentner, Pensionäre und Altersrentner ebenfalls nicht in diese Stichprobe aufgenommen. Um eventuelle Verfälschungen des Datensatzes durch bereits berentete Patienten zu verhindern, wurden zudem alle Patienten, die im klinikinternen offiziellen Aufnahmebogen BADO angaben, bereits dauerberentet, pensioniert oder in Altersrente zu sein, nicht in die Unterstichprobe Rentenangabe aufgenommen. Denn bereits – aus welchen Gründen auch immer - dauerhaft berentete Patienten haben aus Sicht der Konzeption dieser Studie heraus keinen möglichen externen Anreiz bezüglich ihres zukünftigen Erwerbslebens, da sie ja schon mit ausreichend gesicherten Bezügen aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind.

*Projektmitarbeiter.* Die Videoerhebung der Aufnahmegespräche erfolgte neben Diplom-Psychologin und Studienleiterin J. Hülz durch zehn weitere Therapeutinnen (Diplom-Psychologinnen) vergleichbaren Alters und Ausbildungsstandes auf sieben vollstationären, grundsätzlich störungsoffenen psychosomatischen Stationen einer großen deutschen psychosomatischen Klinik mit den Schwerpunkten Depression/Somatisierung, Angst/Zwang, und Essstörung/Borderline. Die Therapeutinnen waren alle zwischen 25 und 33 Jahren alt und in fortgeschrittener Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin für Verhaltenstherapie Erwachsene. Die Berufserfahrung betrug zwischen einem Jahr und vier Jahren.

*Deskriptive Beschreibung der Gesamtstichprobe (N=80).* Die 80 Probanden der vorliegenden Studie lassen sich bezüglich relevanter Merkmale wie in Tabelle 3.1 dargestellt beschreiben: Die teil-

nehmenden Patienten waren im Durchschnitt 46.8 Jahre alt (SD=12.3). 33,8 % sind männlichen, 66.3 % weiblichen Geschlechts. Der BDI-II-Wert im Selbsturteil bei Aufnahme lag bei 26.2 Punkten (SD=11.7) – was nach Hautzinger et al. (2006) einer mittelschweren mit Tendenz zur schwergradigen depressiven Symptomatik entspricht. Angesichts der Notwendigkeit einer vollstationären psychosomatischen Behandlung der an der Studie teilnehmenden Patienten und einer durchschnittlichen Dauer der psychischen Erkrankung seit Erstmanifestation von 9.9 Jahren (SD=10.9), war mit diesem mittelgradig bis hohem Depressionsscore bei Aufnahme zu rechnen. Die teilnehmenden Patienten waren in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme durchschnittlich 16.0 Wochen (SD=17.7) arbeitsunfähig. 34.6% hatten keinen Partner, 13,8% hatten einen festen Partner ohne verheiratet zu sein, 50.0% waren verheiratet.

Tabelle 3-1: Deskriptive Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer (M/SD), N=80

|  |             |
|--|-------------|
| Alter (in Jahren)  | 46.8 ±12.3  |
| Geschlecht (weiblich/männlich)   | 53/27       |
| BDI-II bei Aufnahme <sup>a</sup>   | 26.2 ± 11.7 |
| Aufenthaltsdauer (in Tagen) <sup>b</sup>   | 58.5±27.5   |
| Erstmanifestation (in Jahren) <sup>b</sup>   | 9.9±10.9    |
| Arbeitsunfähigkeit in den letzten 12 Monaten vor Aufnahme (in Wochen) <sup>c</sup> | 16.0±17.7   |
| Partnersituation (in Prozent) <sup>c</sup>   |             |
| kein Partner   | 34.6        |
| festen Partner, nicht verheiratet  | 13.8        |
| festen Partner, verheiratet  | 50.0        |

Mittelwerte und Standardabweichungen (M±SD); <sup>a</sup> Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung <sup>b</sup> erfasst über das klinikinterne Basisdokumentationssystem BADO durch die Bezugstherapeuten <sup>c</sup> erfasst über den Anamnesebogen für Patienten im Rahmen der klinikinternen Basisdokumentation

Die deskriptive Darstellung der Bildung sowie die derzeitige berufliche Tätigkeit der Patienten erfolgt gesondert und ausführlich in Abbildung 3-2, Abbildung 3-3 und Abbildung 3-4, da diese Merkmale für die Forschungsfragestellung in Bezug auf einen möglichen externen Therapieanreiz (Rentenwunsch) einen besonderen Stellenwert haben. Abbildung 3-2 zeigt den höchsten beruflichen Abschluss der Patienten. 3.8% waren noch in der Berufsausbildung, 42.4% hatten eine abgeschlossene Lehre oder Fachschule, 11.3% hatten einen Meisterabschluss, 37.5% ein abgeschlossenes Hochschul- oder Fachhochschulstudium, 5.0 % waren ohne Abschluss.

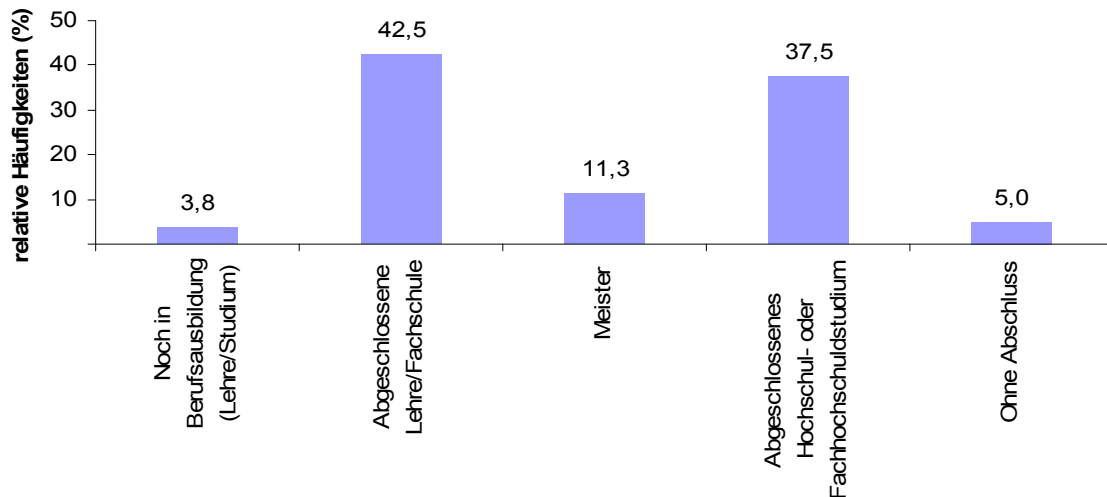


Abbildung 3-2: Höchster beruflicher Abschluss (in Prozent, N=80)

Erfasst über den Anamnesebogen für Patienten im Rahmen der klinikinternen Basisdokumentation

Bezüglich der letzten beruflichen Tätigkeit vor Aufnahme der stationären psychotherapeutischen Behandlung zeigt sich folgendes Bild (siehe Abb.3-3): 7,8% waren vor Aufnahme nie erwerbstätig, Hausfrau oder Hausmann beziehungsweise mithelfender Familienangehöriger. 5,2% waren Arbeiter, 40,3 % Angestellte, 37,7% Beamte, 9,1% waren Selbstständige. Die hohe Zahl an Beamten lässt sich durch die überproportional hohe Anzahl an privat versicherten Patienten auf den so genannten Privatstationen an der psychosomatischen Klinik erklären, an welcher die Daten erhoben wurden.

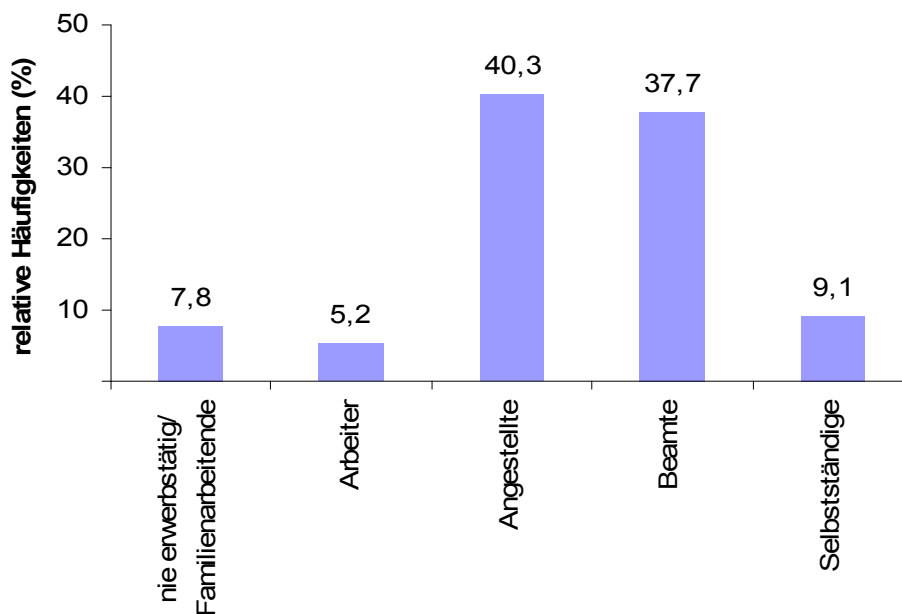


Abbildung 3-3: Letzte berufliche Tätigkeit (n=77)

Erfasst über den Anamnesebogen für Patienten im Rahmen der klinikinternen Basisdokumentation

Von den videographierten Patienten waren bei Aufnahme 40.5% in Vollzeit tätig, mindestens halbtags arbeiteten 17.7%, weniger als halbtags arbeiteten 6,3%. Hausfrau oder Hausmann waren 6.3%, in Ausbildung oder Umschulung waren 3.8%. Gegenwärtig arbeitslos waren zum Zeitpunkt bei Aufnahme 5.1%. Dauerberentet, d.h. ohne Prüfung dauerhaft eine Erwerbsunfähigkeitsrente beziehende Patienten, waren 5.1%. Ebenfalls 5.1% bezogen eine Zeitrente, z.B. eine Erwerbsunfähigkeitsrente welche in bestimmten zeitlichen Abständen überprüft wird. Eine Altersrente oder Pension bezogen 7.6%, 2.5% entfallen auf Sonstiges (siehe Abb.3-4).

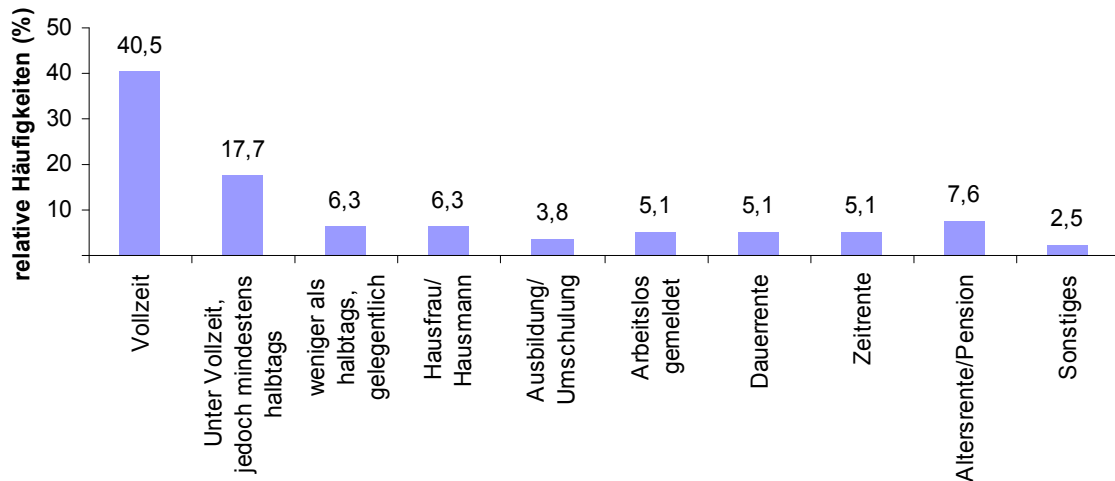


Abbildung 3-4: Derzeitige berufliche Tätigkeit (in Prozent, n=75)

Erfasst über den Anamnesebogen für Patienten im Rahmen der klinikinternen Basisdokumentation

Die Stichprobe lässt sich wie folgt bezüglich der Hauptbehandlungsdiagnosen nach der ICD-10, Sektion F, charakterisieren (siehe Abb.3-5): 51 Patienten (64%) hatten als Hauptdiagnose eine Affektive Störung (F3), am häufigsten vertreten waren F32- und F33-Diagnosen (depressive und rezidivierend depressive Störungen). Am zweithäufigsten litten die Patienten mit 25.9% (21 Patienten) unter neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4) als Hauptdiagnose. Besonders häufig vertreten waren hier somatoforme Störungen (F45) wie z.B. die Somatisierungsstörung und Störungen aus den Kapiteln F40 (Phobische Störung, z.B. Soziale Phobie) und F41 (Andere Angststörungen, z.B. Panikstörung). Am dritthäufigsten war die Hauptbehandlungsdiagnose der Patienten aus dem ICD-10 Kapitel F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, 9.9% der Patienten, 8 Patienten). Besonders häufig war hier eine Essstörung Hauptbehandlungsdiagnose. Die anderen Unterkapitel der F-Sektion der ICD-10 kamen nicht bei den Hauptdiagnosen vor.

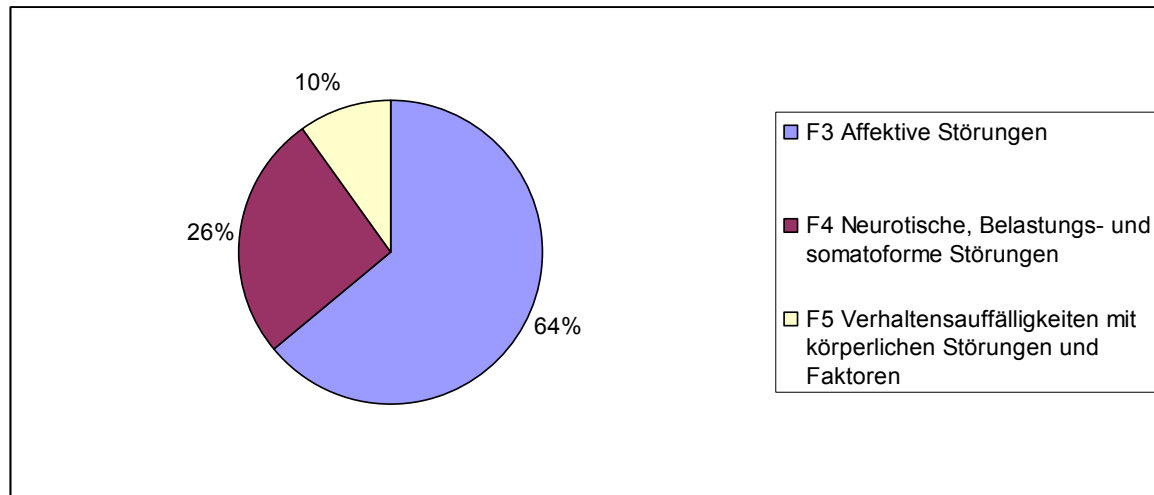


Abbildung 3-5: Hauptdiagnosen nach ICD-10, Kapitel F

Die Patienten werden im Folgenden auch bezüglich ihrer Nebendiagnosen charakterisiert (siehe Tab.3-2) Hier werden ausschließlich Nebendiagnosen aus dem Kapitel F (psychische Störungen) der ICD 10 dargestellt. Die Kapitel F0 (Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen), F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen), F7 (Intelligenzminderung), F8 (Entwicklungsstörungen) sowie F9 (Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend) kamen weder als Haupt- noch als Nebenbehandlungsdianosen in der Stichprobe vor.

62 Patienten hatten mindestens eine Nebendiagnose zusätzlich zur Hauptdiagnose. 24 Patienten hatten mindestens zwei Nebendiagnosen, 14 Patienten mindestens drei Nebendiagnosen und 5 Patienten mindestens vier Nebendiagnosen aus dem F-Kapitel der ICD-10.

Am häufigsten vertreten waren auch unter den Nebendiagnosen die Kategorien F3 (Affektive Störungen) und F4 (Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen). Aber auch F1 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, z.B. Schmerzmittel- oder Alkoholmissbrauch), F5 (Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren, z.B. Essstörungen) und F6 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen, z.B. narzisstische- oder Borderline-Persönlichkeitsstörungen) wurden vereinzelt diagnostiziert (siehe Tab.3-2).

Tabelle 3-2: Nebendiagnosen der Patienten nach ICD-10, Kapitel F (N=80)

Dargestellt in absoluten Häufigkeiten sowie in Klammern in relativen Häufigkeiten (Prozent)

| Kapitel ICD-10 (F)  |                      |                      |                      |                      |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
|   | 1.Neben-<br>diagnose | 2.Neben-<br>diagnose | 3.Neben-<br>diagnose | 4.Neben-<br>diagnose |
| F1: Psychische und Ver-<br>haltensstörungen durch<br>psychotrope Substanzen   | 3 (3.7%)             | 3 (3.7%)             | 1 (1.2%)             | 1 (1.2%)             |
| F3: Affektive Störungen   | 22 (27.2%)           | 4 (4.9%)             | 1 (1.2%)             | -                    |
| F4: Neurotische, Be-<br>lastungs- und somato-<br>forme Störungen              | 32 (39.5%)           | 12 (14.8%)           | 8 (9.9%)             | 2 (2.5%)             |
| F5: Verhaltensauffällig-<br>keiten mit körperlichen<br>Störungen und Faktoren | 2 (2.5%)             | -                    | 1 (1.2%)             | -                    |
| F6: Persönlichkeits- und<br>Verhaltensstörungen                               | 3 (3.7%)             | 5 (6.2%)             | 1 (1.2%)             | 2 (2.5%)             |

*Deskriptive Beschreibung der Unterstichprobe Rentenangabe (n=49).* Von den 80 Patienten, die an der Studie teilnahmen, machten 49 am Ende der Behandlung Angaben darüber, ob ein Rentenwunsch besteht oder nicht (siehe Tab.3-3). Zudem äußerten sie sich zu den Fragen der subjektiven Erwerbsprognose (siehe Kap.3.2.1.1). 10 Patienten wurden, wie bereits beschrieben, da sie Altersrente/Pension oder eine Dauerrente - z.B. aus Gründen der Berufsunfähigkeit - bezogen, aus der Unterstichprobe Rentenwunsch ausgeschlossen. 21 Patienten konnten bei Behandlungsende aufgrund einer kurzfristigen Abreise nicht mehr zur Abschlussbefragung zur subjektiven Erwerbsprognose und zu einem möglichen Rentenwunsch erreicht werden oder gaben aus unbekanntem Gründen keinen oder einen unvollständig ausgefüllten Abschlussfragebogen ab. Nun erscheint, ausgehend von Tabelle 3-1 (Beschreibung der Gesamtstichprobe), die Frage interessant, ob sich diese Patienten, die sich bei Entlassung selbst zu einem möglichen Rentenwunsch und zur subjektiven Erwerbsstichprognose äußerten (siehe Tab.3-3), eventuell in anderen relevanten Merkmalen von den Patienten der Gesamtstichprobe unterschieden - etwa hinsichtlich des Geschlechts, der Depressivität bei Aufnahme, im Alter, in der Aufenthaltsdauer oder in der Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation. Im Schnitt waren die Patienten der Unterstichprobe Rentenangabe 47.5 Jah-

re alt - ähnlich wie die Patienten der Gesamtstichprobe ( $M=46.8$ ). In der Unterstichprobe Rentenangabe („Rentenwunsch ja oder nein“) waren 61.2% Frauen, im Vergleich zu 66.3% in der Gesamtstichprobe – somit eine ähnliche Geschlechterverteilung. Der BDI-II bei Aufnahme lag mit 25.5 Punkten in der Unterstichprobe Rentenangabe im Durchschnitt ähnlich wie der BDI-II bei der Gesamtstichprobe ( $M=26.2$ ) im oberen mittleren Depressivitätsbereich. Auch die Aufenthaltsdauer in Tagen (Unterstichprobe Rentenangabe  $M=54.7$ ,  $SD=26.8$ ; Gesamtstichprobe  $M=58.5$ ,  $SD=27.5$ ) und die Erstmanifestation in Jahren (Unterstichprobe Rentenangabe  $=9.8$ ,  $SD= 11.5$ ; Gesamtstichprobe  $=9.9$ ,  $SD=10.9$ ) unterschieden sich nicht nennenswert.

*Tabelle 3-3: Deskriptive Statistik Unterstichprobe Rentenangabe (M/SD), N=49*

|  |             |
|--|-------------|
| Alter in Jahren                            | 47.5 ± 11.1 |
| Geschlecht (weiblich/männlich)             | 30/19       |
| BDI-II bei Aufnahme <sup>a</sup>           | 25.5 ± 10.9 |
| Aufenthaltsdauer (in Tagen) <sup>b</sup>   | 54.7 ± 26.8 |
| Erstmanifestation (in Jahren) <sup>c</sup> | 9.8 ± 11.5  |

Mittelwerte und Standardabweichungen ( $M\pm SD$ ); <sup>a</sup> Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung <sup>b</sup> Erfasst über das klinikinterne Basisdokumentationssystem BADO durch die Bezugstherapeuten <sup>c</sup> Erfasst über den Anamnesebogen für Patienten im Rahmen der klinikinternen Basisdokumentation

## 3.2 Materialien

Für die Studie wurden sowohl Fragebögen als auch Videoratings verwendet, die in den anschließenden Kapiteln erläutert werden.

### 3.2.1 Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen

Im Folgenden werden die Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen der Studie vorgestellt. Diese teilen sich, wie in Tabelle 3-4 dargestellt, in drei Gruppen auf: Persönlichkeitsskalen, störungsbezogene Skalen und Skalen zum Anreiz und zur Therapiemotivation. Tabelle 3-4 fasst die für die Studie verwendeten Fragebögen zusammen.

Die vorgestellten Fragebögen wurden ausgewählt, um einen Einfluss von persönlichkeitsbezogenen, störungsbezogenen sowie anreiz- und therapiemotivationsbezogenen Variablen auf die Selbstdarstellung im therapeutischen Erstgespräch zu untersuchen.

Tabelle 3-4: Materialien der Studie im Überblick

| Testbereich   | Erhebungsinstrument  |
|---|--|
| Persönlichkeits-<br>skalen                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ NEO-FFI (NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa &amp; McCrae) von Borkenau &amp; Ostendorf (2008)</li> <li>○ Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung Renner (orig. Perfectionistic Self-Presentation Scale, Hewitt et al., 2003) von Renner (2011)</li> <li>○ Fragebogen Akquisitive Selbstüberwachung (orig. Revised Self-Monitoring Scale, RSME, nach Lennox &amp; Wolfe, 1984) von Laux &amp; Renner (2002)</li> <li>○ Fragebogen Protektive Selbstüberwachung (orig. Concern for Appropriateness Scale, CAS, nach Lennox &amp; Wolfe, 1984) von Laux &amp; Renner (2002)</li> <li>○ Skala Persönlichkeitsdarstellung (Authentizitätsskala) von Laux &amp; Renner (2002)</li> <li>○ BIDR (Balanced Inventory of Desirable Responding) von Musch et al. (2002)</li> <li>○ STADI (State-Trade-Angst-Depressions-Inventar) von Laux, Hodapp, Bergner-Köther &amp; Hock (2013)</li> </ul> |
| Störungs-<br>bezogene Skalen                            | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ BDI-II (Beck Depressions- Inventar Revision) von Hautzinger, Keller &amp; Kühner (2006)</li> <li>○ BSI (Brief Symptom Inventory nach L.R. Derogatis) von Franke (2000)</li> </ul>   |
| Skalen zum<br>Anreiz und<br>zur Therapie-<br>motivation | <ul style="list-style-type: none"> <li>○ FPTM (Fragebogen zur Erfassung der Therapiemotivation) von Nübling et al. (2006)</li> <li>○ Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose (Unterskala des Würzburger Screenings nach Löffler et al., 2008)</li> </ul>   |

Der Gesamtaufwand für die beteiligten Patienten für die vorliegende Studie betrug ca. 60 Minuten in der Aufnahmewoche. Bei Schwierigkeiten beim Ausfüllen der Fragebögen sowie bei sonstigen Fragen zur Studie konnten sich die Patienten über eine Kontakttelefonnummer an die Studienleitung wenden, was neun Patienten in Anspruch nahmen. Zusätzlich zur Studie füllten die Patienten routinemäßig noch einen klinikinternen Anamnesebogen sowie die Fragebögen der Klinikbasisdokumentation BDI-II und BSI aus. Die Therapeuten füllten am Ende der Behandlung, unabhängig von der Studie, routinemäßig noch das klinikinterne Basisdokumentationssystem BADO aus.

### 3.2.1.1 Skalen zum Anreiz und zur Therapiemotivation

Tabelle 3-5 zeigt die beiden Fragebögen, welche zur Erfassung von externem Anreiz - hier von einem Rentenwunsch bzw. der subjektiven Erwerbsprognose - und Therapiemotivation in der Studie herangezogen wurden.

Tabelle 3-5: Skalen zum Anreiz und zur Therapiemotivation

| Skalen zum Anreiz und zur Therapiemotivation |   |                            |   |                           |
|--|---|----------------------------|---|---------------------------|
| Form   | Name des Instruments  | Autoren (Erscheinungsjahr) | Konstrukt   | Aufwand für den Probanden |
| Fragebogen (Selbstbeurteilung)               | <b>Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose</b>            | Löffler et al. (2008)      | Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose als Unterskala des Würzburger Screenings (Löffler et al., 2008) zur Operationalisierung des externen Anreizes   | <b>3 Items</b><br>1min    |
| Fragebogen (Selbstbeurteilung)               | <b>FPTM</b> (Fragebogen zur Erfassung der Therapiemotivation) | Nübling et al. (2006)      | Erhebung der motivationalen Ausgangslage eines Patienten in den Bereichen Psychischer Leidensdruck, Hoffnung, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Wissen, Initiative, und Symptombezogene Zuwendung durch Andere | <b>39 Items</b><br>10min  |

*Externer Anreiz (z.B. Rentenwunsch).* Für die Operationalisierung der Variable externer Anreiz wurden Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose mit der Unterskala „subjektive Erwerbsprognose“ des Würzburger Screenings nach Löffler, Wolf, Gerlich und Vogel (2008) erhoben. Die drei Items der Unterskala „subjektive Erwerbsprognose“ als Bestandteil des umfassenderen Würzburger Screenings zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf an berufsorientierter und beruflicher Rehabilitationsleistungen besteht aus folgenden Fragen: (1) Glauben Sie, dass Sie nach dem Klinikaufenthalt wieder an Ihrem bisherigen Arbeitsplatz tätig sein können (ja/nein); (2) Tragen Sie sich zurzeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen (ja/nein); (3) Wie bald nach Abschluss des Klinikaufenthalts hoffen Sie, Ihre berufliche Tätigkeit wieder aufzunehmen? Innerhalb...(einem Monat/mehr als einen Monat/überhaupt nicht). Die subjektive Erwerbsprognose ist ein Summenscore dieser drei Items, wobei bei Frage eins jeweils ein Punkt für die Antwort nein vergeben wird, bei Frage zwei jeweils ein Punkt für die Antwort ja und bei Frage drei jeweils ein Punkt auf die Antworten „mehr als einen Monat“ oder „überhaupt nicht“. Somit kann ein Gesamtscore zwischen null und drei in der subjektiven Erwerbsprognose erreicht werden, wobei ein hoher Score für eine negative berufsbezogene Prognose - also für eine geringere Wahrscheinlichkeit einer erfolgreichen Rückführung ins berufliche Umfeld - steht. Der Rentenwunsch wurde über Item zwei der subjektiven Erwerbsprognose operationalisiert.

Exploratorisch wurden die drei Items zum Rentenwunsch und zur subjektiven Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008) am Ende der Behandlung auch den Bezugstherapeuten der jeweiligen Patienten vorgelegt, um später einschätzen zu können, inwieweit Therapeuten nach der Behandlung überhaupt etwaige externe Anreize ihrer Patienten einschätzen können.

*Therapiemotivation (FPTM)*. Der Fragebogen zur Erfassung der Therapiemotivation von Nübling et al. (2006) hat die Erfassung wesentlicher Aspekte der Psychotherapiemotivation zum Ziel. Das Selbstbeurteilungsverfahren mit 39 Items bzw. 6 Skalen ist teilweise psychoanalytisch orientiert (Skalen Leidensdruck, sekundärer Krankheitsgewinn), teilweise therapieschulenunabhängig (z.B. Skalen Hoffnung, Wissen). Er kann sowohl im Rahmen der Rehabilitationsdiagnostik bzw. zur Behandlungsplanung als auch im Rahmen von Forschungsprojekten eingesetzt werden. Therapiemotivation ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Psychotherapie (siehe Nübling et al., 2006; Schneider, Klauer, Janssen & Tetzlaff, 1999).

In Tabelle 3-6 sind die sechs Skalen Psychischer Leidensdruck, Hoffnung, Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Wissen, Initiative und Symptombezogene Zuwendung des FPTM mit Beispielitems nach Nübling et al. (2006, S.54) beschrieben. Jedes Item kann auf einer vierstufigen Skala (stimmt - stimmt eher - stimmt eher nicht – stimmt nicht) beantwortet werden. Die Items einer Skala bilden addiert den Skalengesamtwert. Die Skalen Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit und Symptombezogene Zuwendung durch andere sind negativ gepolt. Bisher liegt nur eine vorläufige Normierung des FPTM an 840 klinischen Probanden vor. In der Studie wurden daher die Skalengesamtwerte (Rohwerte) ohne Transformationen verwendet und im Ergebnisteil deskriptiv dargestellt (siehe Kap. 4.2.1).

Die Reliabilität wird von den Autoren der Studie als befriedigend bis sehr gut mit internen Konsistenzen (Chronbachs Alpha) zwischen .68 und .92 angegeben (siehe Nübling et al., 2006, S. 259). Die externe Validität wurde unter anderem über Einzelratings durch die behandelnden Ärzte bzw. Psychologen geprüft und führte zu signifikanten Korrelationen. Bezüglich der Vorhersage des Behandlungserfolgs durch den FPTM zeigten sich Varianzaufklärungen von 28 bis 48% der Ein-Jahres-Katamnese. Insbesondere die Skala Hoffnung zeigte sich in diesem Zusammenhang als wichtiger Prädiktor von Therapieerfolg (siehe Nübling et al., 2006, S. 265f).

Anschließend werden die Mittelwerte der Skalenrohwerte der hier vorliegenden Stichprobe mithilfe der Normierungstabelle der vorläufigen klinischen Normstichprobe (N=840) nach Nübling et al. (2006) in T-Werte transformiert, um die Ausprägung in den Skalen der Therapiemotivation für die hier vorliegende Stichprobe einordnen zu können. Bezüglich der Interpretation der T-Werte orientiert sich die Autorin dieser Studie an Laux et al. (2013, S. 59; Details siehe Ausführung zur T-Wert Interpretation beim STADI in diesem Kapitel).

Tabelle 3-6: Beschreibung der sechs Skalen des FPTM nach Nübling et al. (2006, S.54) mit Beispielitems

| Unterskala                                | Beschreibung   |
|---|--|
| Psychischer Leidensdruck                  | <p>„Erfasst wird mit dieser Skala die gegenwärtige seelische Belastung, Niedergeschlagenheit und Sorge, aber auch den ängstlichen Blick in die Zukunft. Weiterhin beinhaltet sie den Wunsch nach Hilfe von außen und damit die Bereitschaft, die eigenen Probleme mithilfe anderer Personen zu durchdenken und zu bewältigen.“</p> <p>Beispielitem:<br/><i>Ich leide stark unter seelischen Problemen</i></p>  |
| Hoffnung                                  | <p>„Die Skala enthält Äußerungen, die der Patient hinsichtlich seiner Einschätzung auf Besserung trifft. Die Items betreffen das Gefühl der Zuversicht oder Sicherheit, dass durch die bevorstehende Hilfe für sich selbst zu erwarten ist.“</p> <p>Beispielitem:<br/><i>Hinsichtlich der Besserung meiner Beschwerden bin ich optimistisch</i></p>  |
| Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit | <p>„Die Skala beinhaltet Items, die eine psychische Hilfsbedürftigkeit in Form von Problemen und seelischer Belastungen als ein Zeichen von Kontrollverlust, mangelndem Charakter, Willensschwäche sowie von Unselbstständigkeit ansehen. Auch die Gefahr des Gesichtsverlusts als eine nach außen gerichtete Konsequenz wird hier miterfasst.“</p> <p>Beispielitem:<br/><i>Mit seelischen Belastungen nicht fertig zu werden, ist ein deutliches Zeichen von Schwäche</i></p> |
| Wissen                                    | <p>„Mit dieser Skala wird erfasst, ob der Patient Kenntnisse, Informationen und Vorerfahrungen über oder mit Psychotherapie hat bzw. sich im Vorfeld der Behandlung aktiv erworben hat.“</p> <p>Beispielitem:<br/><i>Über die Behandlung hier habe ich mich vorab ausführlich informiert</i></p>   |
| Initiative                                | <p>„Auf dieser Skala laden Items, die die Anstrengungen des Patienten, eine Behandlung zu erhalten, umfassen. Dabei reichen die Äußerungen von Passivität („Es war nicht meine Entscheidung, hierher zu kommen - andere haben mir dazu geraten“) über eigenes Informieren bis zur Aktivität („...habe alle Hebel in Bewegung gesetzt...“)</p>  |
| Symptombezogene Zuwendung durch andere    | <p>„Diese Skala beschreibt Verhaltensänderungen, die der Patient aufgrund seiner Beschwerden in seiner Umwelt erlebt. Sie reichen von eher passiver verstärkter Rücksicht und Verständnis bis zu aktiver Anteilnahme, Beistand und Zuwendung, sie haben damit eine Ähnlichkeit zum `sekundären Krankheitsgewinn`.“</p> <p>Beispielitem:<br/><i>Wenn ich meine Beschwerden habe, begegnen mir meine Mitmenschen verständnisvoller als sonst</i></p>                             |

## 3.2.1.2 Störungsbezogene Skalen

Tabelle 3-7 fasst die störungsbezogenen Erhebungsinstrumente zusammen, welche in der Studie verwendet wurden.

Tabelle 3-7: Störungsbezogene Skalen

| Störungsbezogene Skalen  |   |                                    |   |                                 |
|--|---|------------------------------------|---|---------------------------------|
| Form   | Name des Instruments  | Autoren (Erscheinungsjahr)         | Konstrukt   | Aufwand für den Probanden       |
| Fragebogen (Selbstbeurteilung)<br><i>Basisdokumentation der Klinik</i> | <b>BDI-II</b><br>(Beck Depressions-Inventar Revision)       | Hautzinger, Keller & Kühner (2006) | Indikator für das Vorhandensein und die Schwere depressiver Symptome  | <b>[21 Items]</b><br>[5-10 min] |
| Fragebogen (Selbstbeurteilung)<br><i>Basisdokumentation der Klinik</i> | <b>BSI</b><br>(Brief Symptom Inventory nach L.R. Derogatis) | Franke (2000)                      | Instrument zur Erfassung subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome (Kurzform SCL-90-R) | <b>[51 Items]</b><br>[7-10 min] |

*Depressivität (Becks Depressions-Inventar Revision, BDI-II)*. Das Beck Depressions-Inventar Revision nach Hautzinger, Keller und Kühner (2006) ist ein Indikator für das Vorhandensein und die Schwere depressiver Symptome und wird von den jeweiligen Patienten im Selbsturteil ausgefüllt. Der Depressionsfragebogen BDI-II besteht aus jeweils vier Aussagen zu 21 Symptomen der Depression. Aus diesen Fragen soll der Patient im Selbsturteil jeweils diejenige Aussage auswählen, die am besten zu seinem Befinden der letzten beiden Wochen passt. Jede Aussage wird zwischen 0 und 3 bewertet, so dass ein maximaler Gesamtscore von 63 erreicht werden kann.

Die Reliabilität der deutschen Version wird je nach Stichprobe (patientisch oder gesunde Stichproben) zwischen .89 und .93 (interne Konsistenz, Chronbachs Alpha) angegeben und ist als hoch zu bezeichnen. Für Gesunde ist die Retest-Reliabilität ausreichend stabil, für Patienten ist sie geringer. Bezüglich der Validität werden von den Autoren beim BDI-II hohe Übereinstimmungen mit der selbst beurteilten und der fremd beurteilten Depressivität in Interviews berichtet (konvergente Validität). Da der BDI-II inhaltlich von den Kriterien des DSM-IV abgeleitet wurde, ergibt sich daraus außerdem eine hohe Inhaltsvalidität (siehe Herzberg & Goldschmidt, 2008, S. 301 f).

Nach Hautzinger et al. (2006) wird ein BDI-II Summenwert von 0-8 mit „keine Depression“ bezeichnet, ein BDI-II Summenwert von 9-13 als „minimale Depression“, ein Summenwert von 14-19 als „leichte Depression“, ein BDI-II Summenwert von 20-28 als „mittelschwere Depression“ und ein BDI-II Summenwert von 29-63 als „schwere Depression“. In der vorliegenden Studie

orientiert sich die Autorin dieser Studie bei der Einschätzung der Rohwerte der Stichprobe an dieser Einteilung. Der BDI-II-Wert ersetzt jedoch nicht die klinische Diagnostik und eignet sich nicht zur alleinigen Diagnosevergabe.

*Symptomatik (Brief Symptom Inventory, BSI).* Das Brief Symptom Inventory von Franke (2000), im englischsprachigen Original von Derogatis und Melisaratos (1983), ist eine anwenderfreundliche, weil weniger zeitintensive Kurzform der Symptom-Checkliste SCL-90R (SCL-90R, siehe Franke 2002). Das BSI erfasst die körperliche und psychische Belastung und Beeinträchtigung von Testpersonen in den letzten sieben Tagen vor der Testung im Selbsturteil. Die 53 Items können auf einer fünfstufigen Skala von 0= überhaupt nicht bis 4=sehr stark vom Probanden beantwortet werden. Das BSI besteht aus neun Beschwerdeskalen und drei globalen Beschwerdeindizes (siehe Tab.3-8, Tab.3-9 und Tab.3-10, nach Derogatis und Melisaratos, 1983, S.596f).

*Tabelle 3-8: Beschreibung der neun Beschwerdeskalen nach Derogatis und Melisaratos (1983) im BSI*

| Beschwerdeskala                  | Beschreibung   |
|----------------------------------|--|
| Somatisierung                    | „Die Dimension reflektiert psychologischen Stress, welcher durch die Wahrnehmung körperlicher Dysfunktionen verursacht wird. Die Beschwerden fokussieren sich typischerweise auf kardiovaskuläre, gastrointestinale, respiratorische und andere Systeme mit starker autonomer Innervierung. Schmerzen und in der Muskulatur lokalisierte unangenehme Empfindungen sind ebenso häufige Ausprägungen.“ |
| Zwanghaftigkeit                  | „Der Fokus dieser Dimension liegt auf Gedanken und Verhalten, welchen sich der Proband nicht widersetzen kann, die nicht remittieren aber ichdyston oder von ungewollter Natur sind.“  |
| Soziale Unsicherheit             | „Diese Dimension fokussiert auf Gefühle von persönlicher Inadäquatheit und Minderwertigkeit. Selbstabwertung und Unzufriedenheit sowie unangenehme Gefühle während interpersonaler Interaktionen sind charakteristisch für Personen mit hohen Werten in sozialer Unsicherheit.“  |
| Depressivität                    | „Dysphorische Stimmungslage, Interessensverlust und Antriebsverlust charakterisieren diese Dimension, genau wie Gefühle von Hoffnungslosigkeit und Sinnlosigkeit.“   |
| Ängstlichkeit                    | „Innere Unruhe, Nervosität und Anspannung sind Indikatoren für Ängstlichkeit, ebenso wie Erfahrungen mit frei-flottierender Angst und Panik.“  |
| Aggressivität/<br>Feindseligkeit | „Die Dimension Feindseligkeit beinhaltet drei Kategorien feindseligen Verhaltens: Gedanken, Gefühle und Verhalten. Typisch sind Gefühle der Verärgerung und Reizbarkeit, zerstörerische Impulse, häufige Streitereien und unkontrollierbare Gefühlsausbrüche.“   |

Tabelle 3-9: Beschreibung der neun Beschwerdeskalen nach Derogatis und Melisaratos (1983) im BSI - Fortsetzung

| Beschwerdeskala                             | Beschreibung   |
|---|--|
| Phobische Angst                             | „Die Symptome dieser Dimension werden oft in Zuständen phobischer Angst oder agoraphobischer Angst beobachtet. Phobische Angst gegenüber Reisen, weiten Plätzen, Menschenmengen und öffentlichen Orten.“   |
| Misstrauischer Denkstil (Paranoides Denken) | „Paranoide Phänomene sind als eine bestimmte Art zu denken zu verstehen. Die zentralen Merkmale paranoiden Denkens sind Projektion, Feindseligkeit, Misstrauen, Verfolgungsideen und Angst vor Autonomieverlust.“  |
| Entfremdungserleben (Psychotizismus)        | „Die aktuelle Definition von Psychotizismus ist ein Kontinuum zwischen leichter Entfremdung bis hin zu einem stark florierenden psychotischem Status. Zeichen von schizoidem, bizarrem Verhalten umfasst diese Dimension ebenso wie stärkere Psychose-Symptome. In den meisten nicht-psychiatrischen Stichproben misst diese Dimension soziale Entfremdung.“ |

Die drei globalen Beschwerdeindizes sollen nach Derogatis und Melisaratos (1983) dazu dienen, mit einem einzigen Score eine Einschätzung über die Schwere der Beeinträchtigung durch die Beschwerden zu liefern, so wie sie der Patient im Moment empfindet.

Tabelle 3-10: Beschreibung der drei globale Beschwerdeindizes nach Derogatis und Melisaratos (1983) im BSI

| Beschwerdeskala                   | Beschreibung  |
|-----------------------------------|---|
| Generelle Symptomatik GSI         | „Der GSI ist alleine der beste Indikator für die momentane Beeinträchtigung durch die Beschwerden und sollte meist dort genutzt werden, wo ein einziger Testwert benötigt wird. Der GSI kombiniert Informationen aus einer Reihe von Symptomen und deren Intensitäten.“ |
| Beschwerdeanzahl PST              | „Der BST ist einfach die Summe der Beschwerden, welcher der Patient berichtet - in welcher Intensität auch immer.“  |
| Stress-Index der Beschwerden PSDI | „Der PSDI ist ein reines Intensitäts-Maß, korrigiert für die Anzahl der Symptome. Es dient als Maß des Antwortstils, ob der Patient die eigenen Beschwerden in seinem Bericht verstärkt oder abschwächt.“   |

Nach Geisheim et al. (2002) zeigt das Instrument BSI ähnliche psychometrische Qualitäten wie die SCL-90R. Die internen Konsistenzen seien mit .70 bis .89 befriedigend (Geisheim et al, 2002, S.1). „Die konvergente Validität zeigte hohe Korrelationen zu inhaltsnahen klinischen Selbstbeurteilungsskalen“ (Geisheim et al., 2002, S. 1).

Die Auswertung erfolgt in T-Werten. Bezüglich der Interpretation der T-Werte orientiert sich die Autorin dieser Studie an Laux (2013, S. 59; Details siehe Ausführung zur T-Wert Interpretation beim STADI in diesem Kapitel). Werte ab einem T-Wert von 63 gelten außerdem laut Testmanual im BSI als klinisch auffällig (siehe Franke, 2000).

## 3.2.1.3 Persönlichkeitsskalen

Tabelle 3-11 fasst die persönlichkeitsbezogene Fragebögen der Studie mit zugehörigen Autoren, Itemanzahl, Zeitaufwand und den zu messenden Persönlichkeitskonstrukten zusammen.

Tabelle 3-11: Persönlichkeitsskalen

| Persönlichkeitsskalen          |   |   |   |                                 |
|--------------------------------|---|---|---|---------------------------------|
| Form                           | Name des Instruments  | Autoren (Erscheinungsjahr)                        | Konstrukt   | Aufwand für den Probanden       |
| Fragebogen (Selbstbeurteilung) | <b>NEO-FFI</b> (NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa & McCrae)   | Borkenau & Ostendorf (2008)                       | Persönlichkeitsdiagnostik nach dem Big Five-Konzept (Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit)     | <b>60 Items</b><br>10 min       |
| Fragebogen (Selbstbeurteilung) | <b>PSPS Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung</b> (orig. Perfectionistic Self-Presentation Scale) | Renner (2011) (orig. Hewitt et al., 2003)         | Erfassung des perfektionistischen Selbstdarstellungsstils (Perfektionistische Eigenwerbung, Nichtzeigen von Imperfektion, Verbergen von Imperfektion) | <b>35 Items</b><br>~10min<br>in |
| Fragebogen (Selbstbeurteilung) | <b>ASÜ Fragebogen Akquisitive Selbstüberwachung</b> (orig. Revised Self-Monitoring Scale, RSME)             | Laux & Renner (2002) (orig. Lennox & Wolfe, 1984) | Motive der Selbstdarstellung: Streben nach Erfolg<br>Kompetenzen der Selbstdarstellung:<br>Wahrnehmung und Handlung                                   | <b>12 Items</b><br>~3min        |
| Fragebogen (Selbstbeurteilung) | <b>PSÜ Fragebogen Protektive Selbstüberwachung</b> (orig. Concern for Appropriateness Scale CAS)            | Laux & Renner (2002) (orig. Lennox & Wolfe, 1984) | Motive der Selbstdarstellung: Vermeiden von Misserfolg<br>Kompetenzen der Selbstdarstellung:<br>Wahrnehmung und Handlung                              | <b>12 Items</b><br>~3min        |
| Fragebogen (Selbstbeurteilung) | <b>SPD Skala Persönlichkeitsdarstellung</b> (Authentizitätsskala)   | Laux & Renner (2002)                              | Motive der Selbstdarstellung: Streben nach Darstellung eines authentischen Selbstbildes   | <b>7 Items</b><br>~2m           |
| Fragebogen (Selbstbeurteilung) | <b>BIDR</b> (Balanced Inventory of Desirable Responding)  | Musch et al. (2002)                               | Erfassung der Sozialen Erwünschtheit (Selbsttäuschung und Fremdtäuschung)   | <b>20 Items</b><br>~4min        |
| Fragebogen (Selbstbeurteilung) | <b>STADI</b> (State-Trait-Angst-Depressionsinventar)  | Laux, Hodapp, Bergner-Köther & Hock (2013)        | Erfassung von Angst und Depression als Zustand (S-State) und Eigenschaftsausprägung (T-Trait)   | <b>40 Items</b><br>10min        |

An dieser Stelle kommen sowohl klassisch persönlichkeitspsychologische Skalen (z.B. Big-Five Fragebogen NEO-FFI) sowie aktuelle selbstdarstellungsbezogene Fragebögen (z.B. Skala perfektionistische Selbstdarstellung PSPS) zum Einsatz.

*Big Five (NEO-FFI).* Das NEO-Fünf-Faktoren-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae (NEO-FFI, siehe Borkenau & Ostendorf, 2008) beschreibt die Persönlichkeit durch die fünf Dimensionen Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrung, Gewissenhaftigkeit und Verträglichkeit. Diese fünf Persönlichkeitseigenschaften, die auf dem Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit beruhen, wurden mithilfe des psycholexikalischen Ansatzes sowie faktorenanalytisch ermittelt. Das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit gilt als konstruktvalide für die Persönlichkeitsbeschreibung nach dem Eigenschaftsansatz (siehe Ostendorf, 1990). Zudem stellt das NEO-FFI ein in der Forschung weit verbreitetes Instrument zur Erfassung der Persönlichkeit dar. Als Kurzform des 240 Items umfassenden NEO-Persönlichkeitsinventar - Revidierte Fassung (NEO-PI-R), mit denen es bezüglich der 5 Skalen hoch korreliert, liegt der Vorteil des NEO-FFI klar in seiner kurzen Bearbeitungszeit.

Laut Borkenau und Ostendorf (2008) sind Probanden mit hohen Werten in den jeweiligen Persönlichkeitsskalen wie in Tabelle 3-12 und Tabelle 3-13 beschrieben zu charakterisieren (S.7):

*Tabelle 3-12: Beschreibung der fünf Persönlichkeitsskalen des NEO-FFI nach Borkenau und Ostendorf (2008) mit Beispielimten*

| Persönlichkeitsskala    | Beschreibung  |
|-------------------------|---|
| Neurotizismus           | <p>„Probanden mit hohen Werten in Neurotizismus neigen dazu, nervös, ängstlich, traurig, unsicher und verlegen zu sein und sich Sorgen um ihre Gesundheit zu machen. Sie neigen zu unrealistischen Ideen und sind weniger in der Lage, ihre Bedürfnisse zu kontrollieren und auf Stresssituationen angemessen zu reagieren“</p> <p>Beispielimten:<br/><i>Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schief geht</i></p>                                  |
| Extraversion            | <p>„Probanden mit hohen Werten in Extraversion sind gesellig, aktiv, gesprächig, personenorientiert, herzlich, optimistisch und heiter. Sie mögen Anregungen und Aufregungen.“</p> <p>Beispielimten:<br/><i>Ich habe gerne viele Leute um mich herum</i></p>  |
| Offenheit für Erfahrung | <p>„Probanden mit hohen Werten in Offenheit für Erfahrung (Openness to Experience) zeichnen sich durch eine hohe Wertschätzung für neue Erfahrungen aus, bevorzugen Abwechslung, sind wissbegierig, kreativ, phantasievoll und unabhängig in ihrem Urteil. Sie haben vielfältige kulturelle Interessen und interessieren sich für öffentliche Ereignisse.“</p> <p>Beispielimten:<br/><i>Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde</i></p> |

Tabelle 3-13: Beschreibung der fünf Persönlichkeitsskalen des NEO-FFI nach Borkenau und Ostendorf (2008) mit Beispielitems - Fortsetzung

| Persönlichkeitsskala | Beschreibung   |
|----------------------|--|
| Verträglichkeit      | <p>„Probanden mit hohen Werten in der Skala Verträglichkeit (Agreeableness) sind altruistisch, mitfühlend, verständnisvoll und wohlwollend. Sie neigen zu zwischenmenschlichem Vertrauen, zu Kooperativität, zu Nachgiebigkeit und sie haben ein starkes Harmoniebedürfnis“</p> <p>Beispielitem:<br/><i>Ich versuche stets, rücksichtsvoll und sensibel zu handeln</i></p> |
| Gewissenhaftigkeit   | <p>Die Skala Gewissenhaftigkeit (Conscientiousness) schließlich unterscheidet ordentliche, zuverlässige, hart arbeitende, disziplinierte, pünktliche, penible, ehrgeizige und systematische von nachlässigen und gleichgültigen Personen.“</p> <p>Beispielitem:<br/><i>Bei allem, was ich tue, strebe ich nach Perfektion</i></p>  |

Die internen Konsistenzen der Skalen liegen zwischen  $\alpha = .71$  und  $.85$ . Zudem wurde eine Retest-Reliabilität in einem zweijährigen Wiederholungsintervall von  $.65$  bis  $.81$  angegeben. Da die Persönlichkeit als relativ stabil angesehen wird, gilt die Retest-Reliabilität als zentrales Kriterium bei der Beurteilung der psychometrischen Kennwerte eines Persönlichkeitstests. Die Reliabilität ist für dieses Persönlichkeitsinventar insgesamt als ausreichend bis hoch zu beschreiben.

Laut Manual beträgt die Durchführungszeit ca. 10 Minuten (Borkenau & Ostendorf, 2008, S.37). Jeder Skala sind 12 Items zugeordnet. Die 60 Items des Fragebogens sind auf einer fünfstufigen Ratingskala mit den Bezeichnungen „Starke Ablehnung – Ablehnung – Neutral – Zustimmung – Starke Zustimmung“ zu beantworten. Maximal kann in den fünf Subskalen im NEO-FFI ein Gesamtscore von 60 erreicht werden.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in Rohwerten (Testwerte). Das Modulhandbuch beinhaltet die alters- und geschlechtspezifischen Normen, sowie die Normen einer nicht-klinischen, bevölkerungsrepräsentativen Quotenstichprobe (N=871) zur Umwandlung der Rohwerte in T-Werte. Für die vorliegende Studie wurden die Mittelwerte der Skalenrohwerte der Patienten der vorliegenden Studie mithilfe der Normen dieser bevölkerungsrepräsentativen Quotenstichprobe in T-Werte umgewandelt. Bezüglich der Interpretation der T-Werte orientierte sich die Autorin dieser Studie an Laux et al. (2013, S. 59; Details siehe Ausführung zur T-Wert Interpretation beim STADI in diesem Kapitel).

*Perfektionistische Selbstdarstellung (PSPS)*. Der Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung von Renner (2011) basiert auf der englischsprachigen Version der Perfectionistic Self-Presentation Scale nach Hewitt et al. (2003). Hewitt et al. (2003) führen die Perfektionistische Selbstdarstellung als persönlichkeitspsychologisches Konzept ein, welches drei Facetten beinhaltet: Perfektionistische Eigenwerbung, Nicht-Zeigen von Imperfektion und das Verbergen von Imperfektion. Renner (2011) führt zum Konstrukt der Perfektionistischen Selbstdarstellung aus:

Das Konstrukt perfektionistische Selbstdarstellung ist in einem klinisch-psychologischen Kontext entstanden und wurde von vorneherein als eine dysfunktionale Bewältigungsstrategie und als protektiver Stil konzeptualisiert. [...] Zum perfektionistischen Selbstdarstellungsstil liegen mittlerweile mehrere Studien vor. Demnach ist Perfektionistische Selbstdarstellung mit Depressivität, niedrigem Selbstwert und Ängstlichkeit (Hewitt et al. 2003) [...] assoziiert (S.2f).

Tabelle 3-14 beschreibt die drei Skalen des PSPS mit Beispielitems in der deutschen Version des Fragebogens nach Renner (2011, S.2f; orig. Perfectionistic Self-Presentation Scale, Hewitt et al., 2003).

*Tabelle 3-14: Beschreibung der drei Skalen des Fragebogens Perfektionistische Selbstdarstellung nach Renner (2011)*

| Unterskala                      | Beschreibung  |
|---------------------------------|---|
| Perfektionistische Eigenwerbung | „Diese Facette betrifft das Streben, anderen gegenüber perfekt zu erscheinen und beinhaltet die öffentliche Darstellung der eigenen Perfektion.“<br><br>Beispielitem:<br><i>Ich versuche immer, ein Bild der Perfektion zu vermitteln</i>   |
| Nicht-Zeigen von Imperfektion   | „Personen mit hohen Werten auf dieser Subskala versuchen, unzulängliche Verhaltensweisen in sozialen Interaktionen zu vermeiden und gehen Situationen aus dem Weg, in denen solche nicht-perfekten Verhaltensweisen sichtbar werden könnten.“<br><br>Beispielitem:<br><i>Es wäre furchtbar, wenn ich mich vor anderen zum Narren machen würde</i> |
| Verbergen von Imperfektion      | „Während die zweite Facette eine sozusagen präventive Tendenz beschreibt, es gar nicht erst zu imperfekten Handlungen kommen zu lassen, geht es bei der dritten Dimension darum, bereits eingetretene Fehler zu verbergen und (verbal) nicht zuzugeben.<br><br>Beispielitem:<br><i>Ich sollte meine Probleme immer für mich behalten</i>          |

Es bestehen zum PSPS zum aktuellen Zeitpunkt noch keine Normen, das Instrument befindet sich noch in der Entwicklungsphase.

*Akquisitive, Protektive und Persönlichkeitsdarstellung (ASÜ, PSÜ, SPS)*. Der Fragebogen Akquisitive Selbstüberwachung (orig. Revised Self-Monitoring Scale, RSME, nach Lennox & Wolfe, 1984) von Laux & Renner (2002), - ebenso wie der Fragebogen Protektive Selbstüberwachung (orig. Concern for Appropriateness Scale, CAS, nach Lennox & Wolfe, 1984) von Laux & Renner (2002) - können als Weiterentwicklung von Snyders einfaktoriellen Ansatz des Self-Monitorings (siehe Kap. 2.1, nur starke und schwache Selbstüberwacher) gesehen werden (siehe Laux & Renner, 2002, S. 131). Laux und Renner (2002) führen dazu aus:

Dieses Zweifaktorenmodell umfasst die akquisitive und die protektive Komponente, die auf Arkin (1981) zurückgehen und letztlich Varianten des bekannten Motivpaars "Hoffnung auf Erfolg" und "Furcht vor Misserfolg" darstellen. Die eine Komponente ist mehr mit der Tendenz verknüpft, aktiv soziale Gewinne zu machen, bei der anderen vermeidet man eher soziale Ablehnung (S.131f).

Die Autoren gehen also davon aus, dass Selbstdarstellung bzw. Selfmonitoring nicht nur stark oder schwach ausgeprägt ist, wie bei Snyders Konzeption, sondern zwei grundsätzlich unterschiedlichen Motiven folgt: Dem Vermeiden von sozialer Missbilligung (protektives Selbstdarstellungsziel) oder dem Erreichen von sozialem Erfolg (akquisitives Selbstdarstellungsziel). Bezüglich der akquisitiven Selbstdarstellung wird bei Laux und Renner (2002) unterschieden in Anlehnung an das englischsprachige Original von Lennox & Wolfe, 1984) zwischen der "Wahrnehmungskomponente der sozialen Fertigkeiten" (S.219) (Unterskala Wahrnehmungssensibilität) und der "Handlungskomponente der sozialen Fertigkeiten" (S.219) (Unterskala Selbstdarstellungskompetenz). Bei der protektiven Selbstdarstellung wird wiederum in die beiden Unterskalen protektive Variabilität und protektiver sozialer Vergleich unterschieden.

Die Skala Persönlichkeitsdarstellung (Authentizitätsskala) von Laux & Renner (2002) wurde auf der Grundlage der Kritik entwickelt, dass "Personen, die sowohl hohe Authentizitätsneigung als auch hohe Selbstdarstellungsfähigkeiten aufweisen (S.129)" in klassischen Selbstdarstellungskonzepten – wie etwa bei Snyder - nicht berücksichtigt werden. Personen mit hoher Authentizitätsneigung wollen zeigen, wie sie wirklich sind und was sie wirklich denken, unabhängig von den Konsequenzen in der jeweiligen Situation. Hierbei sind Personen gemeint, die beispielsweise laut Itemformulierung im Fragebogen mitteilen und aktiv ausdrücken möchten, was sie wirklich bewegt, auch wenn hierdurch negative Konsequenzen drohen.

Die Items der protektiven Selbstdarstellung (12 Items), der akquisitiven Selbstdarstellung (12 Items) und der Persönlichkeitsdarstellung (7 Items) können auf einer vierstufigen Skala (trifft gar nicht zu - trifft bedingt zu - trifft weitgehend zu - trifft vollständig zu) beantwortet werden.

Tabelle 3-15 beschreibt die Skalen zur akquisitiven, protektiven und Persönlichkeitsdarstellung mit Beispielitems nach Laux und Renner (2002, S. 132ff).

Tabelle 3-15: Beschreibung der Skalen zur aquisitionen, protektiven und Persönlichkeitsdarstellung nach Laux und Renner (2002) mit Beispielitems

| Konstrukt:<br>Unterskala                            | Beschreibung  |
|---|---|
| <b>Aquisitive Selbstüberwachung:</b>                | „Der aquisitionen Selbstdarsteller betritt die soziale Szene mit der Annahme, belohnt zu werden, wenn er es schafft, die „richtige Person“ zu sein, d.h. sich so darzustellen, wie es die Umstände verlangen.“  |
| -Selbstdarstellungskompetenz                        | Beispielitem:<br><i>Wenn ich das Gefühl habe, dass das Bild meiner Person, welches ich in sozialen Situationen vermitteln will, nicht ankommt, dann kann ich es jederzeit in ein angemesseneres verwandeln.</i>   |
| -Wahrnehmungssensibilität                           | Beispielitem:<br><i>Ich kann normalerweise an den Augen meines Gesprächspartners ablesen, ob ich etwas Unangemessenes gesagt habe.</i>  |
| <b>Protektive Selbstüberwachung:</b>                | „Dem protektiven Stil liegt das Motiv zugrunde, Missbilligung in sozialen Interaktionen zu vermeiden. Der protektive Selbstdarsteller betritt die soziale Szene mit Pessimismus und der Furcht, dass falsches Verhalten soziale Missbilligung nach sich ziehen könnte.“                               |
| -Protektive Variabilität                            | Beispielitem:<br><i>Um nicht aufzufallen, verhalte ich mich in verschiedenen Situationen und mit verschiedenen Leuten oft wie ganz unterschiedliche Personen.</i>   |
| -Protektiver sozialer Vergleich                     | Beispielitem:<br><i>Der geringste Hinweis von Missbilligung in den Augen einer anderen Person genügt, damit ich mein Verhalten ändere.</i>  |
| <b>Persönlichkeitsdarstellung:</b><br>Authentizität | „In den Items sollte insbesondere die Tendenz formuliert werden, sogar dann auszudrücken, was man denkt und fühlt, wenn negative Konsequenzen folgen.“<br><br>Beispielitem:<br><i>Mir macht es nichts aus, meine Gefühle auszudrücken, auch wenn es manchmal unerwünschte Folgen nach sich zieht.</i> |

Die Reliabilitäten der Skalen zur protektiven und aquisitionen Selbstdarstellung sind nach Renner und Laux (2002, S. 147f) mit Cronbachs Alpha von  $\alpha = .74$  bis  $.81$  als ausreichend bis hoch einzuschätzen.

Da bisher keine Normierungstabellen existieren werden die Mittelwerte der Skalenrohwerter der hier vorliegenden Studie mit den Rohwerten einer studentischen Stichprobe von  $n=329$  nach Laux und Renner (2002) verglichen.

*Soziale Erwünschtheit (BIDR)* Das Inventar zur Erfassung von zwei Faktoren sozialer Erwünschtheit von Musch et al. (2002) ist die deutschsprachige Version des Balanced Inventory of Desirable Responding nach Paulhus (1998). Der Fragebogen besteht aus zwei Skalen mit je zehn

Items. Das BIDR wurde entwickelt, um bestehende einfaktorielles Fragebögen zur Erfassung der sozialen Erwünschtheit durch einen zweifaktoriellen Fragebogen zu ergänzen und das Konstrukt so besser abbilden zu können. Musch et al. (2002) führen dazu aus:

Vielmehr scheint es möglich, eine Tendenz zur selbsttäuschenden Übertreibung oder kurz Selbsttäuschung (self-deceptive enhancement, SDE) sowie eine Tendenz zur Eindruckssteuerung oder Fremdtäuschung (impression management, IM) zu unterscheiden (S.121).

Durch die englischsprachige Bezeichnung der Skala Fremdtäuschung – impression management – wird die Nähe zum Gegenstand dieser Studie - der Selbstdarstellung im psychotherapeutischen Aufnahmegespräch – deutlich. Das BIDR gibt ähnlich wie die Skalen zur akquisitiven, protektiven und Persönlichkeitsdarstellung die Möglichkeit, Fragebogenwerte in Selbstdarstellungskategorien mit tatsächlich gezeigtem Verhalten über die Videoanalyse in Beziehung zu setzen. Die 20 Items des BIDR müssen auf einer siebenstufigen Skala beantwortet werden, welche durch die Anker 1= völlige Ablehnung und 7=völlige Zustimmung begrenzt wird. Tabelle 3-16 beschreibt die beiden Skalen nach Musch et al. (2002, S. 121):

Tabelle 3-16: Beschreibung der zwei Skalen des BIDR nach Musch et al. (2002) mit Beispielitems

| Unterskala      | Beschreibung   |
|-----------------|--|
| Fremdtäuschung  | <p>„Fremdtäuschung bezeichnet im zweifaktoriellen Ansatz von Paulhus die bewusste Verfälschung der Antwort mit dem Ziel, gegenüber dem Fragesteller oder einem Zielpublikum ein möglichst günstiges Bild abzugeben.“</p> <p>Beispielitem:<br/><i>Ich gebe grundsätzlich alles an, was ich zu verzeihen habe</i></p>  |
| Selbsttäuschung | <p>„Mit Selbsttäuschung [wird] die Tendenz zu einem Antwortverhalten bezeichnet, das dem Schutz des Selbstbildes und des Selbstwertgefühls dient. In Abgrenzung zur Fremdtäuschung definiert Paulus (1986) Selbsttäuschung als [...] eine Tendenz, die Realität in einer optimistischen Weise verzerrt wahrzunehmen.“</p> <p>Beispielitem:<br/><i>Ich bin mir meiner Urteile sehr sicher</i></p> |

Die internen Konsistenzen (Chronbachs Alpha) der Skalen Fremd- und Selbsttäuschung sind mit  $\alpha = .62$  und  $.65$  ausreichend.

Da keine alters- und geschlechtsspezifischen Normen existieren, werden die Rohwerte zunächst deskriptiv dargestellt. Anschließend werden die Mittelwerte der Rohwerte der hier vorliegenden Stichprobe mit den Mittelwerten der Rohwerte einer Vorstudie nach Musch et al. (2002) verglichen und mithilfe der Unterteilung nach Anzahl der Standardabweichungen vom Mittelwert interpretiert. Mittelwerte der vorliegenden Stichprobe bis plus minus eine Standardabweichung der Vorstudien-Stichprobe nach Musch et al. (2002) gelten hierbei als durchschnittlich. Werte größer als eine bis zu zwei Standardabweichungen gelten als leicht erhöht, Werte größer als zwei Stan-

dardabweichungen gelten als deutlich bzw. stark erhöht. Diese Einteilung orientiert sich an der Einteilung für T-Werte nach Laux et al. (2013, S.59), die in den folgenden Absätzen erläutert wird.

*STADI*. Mit dem State-Trade-Angst-Depressions-Inventar von Laux, Hodapp, Bergner-Köther & Hock (2013) können Angst und Depression sowohl als Eigenschaft als auch als Zustand erfasst werden. Der State-Teil des Fragebogens misst den aktuellen Zustand bezüglich Angst und Depression, der Trait-Teil bildet Angst und Depression als Persönlichkeitseigenschaften ab. Laux et al. (2013) führen dazu aus:

Der State-Teil des Inventars erfasst den aktuellen Angst- und Depressionszustand einer Person gestützt auf vier Skalen mit jeweils fünf Items. Angst wird mithilfe der Subskalen State-Aufgeregtheit (affektive Komponente) und State-Besorgnis (kognitive Komponente), Depression mithilfe der beiden Subskalen State-Euthymie (positive Stimmung) und State-Dysthymie (depressive Stimmung) ermittelt. Zur Bestimmung des Depressionszustandes wird die Subskala State-Euthymie invertiert. Der resultierende Wert beschreibt das Ausmaß, in dem das Empfinden von positiver Stimmung reduziert ist (State-Anhedonie). Der Trait-Teil des Inventars dient der Erfassung der Eigenschaftsausprägungen, also der überdauernden Neigung, Angst und Depression zu erleben. Jede der vier Subskalen besteht wiederum aus fünf Items. Trait-Angst (Ängstlichkeit) wird mithilfe der Subskalen Trait-Aufgeregtheit und Trait-Besorgnis ermittelt, Trait-Depression (Depressivität) mithilfe der Subskalen Trait-Euthymie und Trait-Dysthymie. Zur Bestimmung der Trait-Depression wird die Subskala Trait-Euthymie invertiert. Der resultierende Wert beschreibt das Ausmaß, in dem das Empfinden positiver Stimmung vermindert ist (Trait Anhedonie) (S.7).

Die 20 Items, je zehn Items für den State und zehn für den Trait-Bereich, werden auf einer vierstufigen Skala (überhaupt nicht - ein wenig – ziemlich – sehr) beantwortet. Den State-Fragebogen füllt der Proband nach Laux et al. (2013) mit der Instruktion aus:

In diesem Teil des Fragebogens finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen Sie Ihren augenblicklichen Zustand beschreiben können. Welche Gefühle empfinden Sie, was geht Ihnen durch den Kopf? Bitte schätzen Sie ein, inwieweit jede der nachstehenden Aussagen jetzt, d.h. in diesem Moment auf Sie zutrifft.

Den Trait-Fragebogen füllt er mit folgender Instruktion aus (siehe Laux et al., 2013):

In diesem Teil des Fragebogens geht es um die Frage, wie Sie sich im Allgemeinen charakterisieren. Dazu finden Sie eine Reihe von Aussagen, mit denen Sie angeben können, wie oft Sie ein bestimmtes Gefühl erleben oder wie oft Ihnen ein bestimmter Gedanke durch den Kopf geht. Bitte schätzen Sie also ein, wie häufig die nachstehenden Aussagen auf Sie zutreffen.

Tabelle 3-17 fasst die Skalenstruktur des STADI zusammen und nennt Itembeispiele (siehe Laux et al., 2013, S.58). Mit dem STADI-State kann insbesondere im Rahmen dieser Studie vor dem Aufnahmegespräch geprüft werden, ob die Selbstdarstellung im Erstgespräch mehr mit der aktuellen Zustands-Angst und –Depression direkt vor dem Aufnahmegespräch zusammenhängt - oder eher von der Eigenschafts-Depression und –Angst beeinflusst wird.

Tabelle 3-17: Skalenstruktur der acht Skalen des STADI nach Laux et al. (2013) mit Kurzbeschreibungen und Beispielitems

| Konstrukt:<br>Unterskala             | Kurzbeschreibung ( <i>Beispielitems</i> )  |
|--------------------------------------|--|
| <b>STADI-State: State-Angst</b>      |  |
| - State-Aufgeregtheit                | „nervös und angespannt sein ( <i>Ich bin kribbelig</i> )“                                  |
| - State-Besorgnis                    | „sich sorgen machen ( <i>Ich grüble über meine Situation nach</i> )“                       |
| <b>STADI-State: State-Depression</b> |  |
| - State-Dysthymie                    | „schlechter Stimmung sein, niedergeschlagen sein ( <i>Mir geht es schlecht</i> )“          |
| - State-Euthymie                     | „guter Stimmung sein, Freude erleben ( <i>Ich fühle mich beschwingt</i> )“                 |
| <b>STADI-Trait: Trait-Angst</b>      |  |
| -Trait-Aufgeregtheit                 | „Neigung, nervös und angespannt zu sein ( <i>Ich bin schnell angespannt</i> )“             |
| -Trait-Besorgnis                     | „Neigung, sich Sorgen zu machen ( <i>Ich fürchte mich vor dem, was auf mich zukommt</i> )“ |
| <b>STADI-Trait: Trait-Depression</b> |  |
| -Trait-Dysthymie                     | „Neigung, depressiv zu sein ( <i>Ich komme leicht in schwermütige Stimmung</i> )“          |
| -Trait-Euthymie                      | „Neigung, guter Stimmung zu sein, Freude zu erleben ( <i>Ich genieße das Leben</i> )“      |

Die interne Konsistenz (Chronbachs Alpha) liegt jeweils zwischen  $\alpha=.81$  und  $.89$  für die acht State- und Trait-Skalen und ist als hoch einzuschätzen.

Es liegen alters- und geschlechtsspezifische Normen einer bevölkerungsrepräsentativen Normierungsstichprobe sowie statistische Kennwerte klinischer Stichproben vor. Für diese Studie werden nun Rohwerte angegeben sowie die Mittelwerte der Rohwerte für die Gesamtstichprobe berechnet. Diese Mittelwerte für die hier vorliegende psychotherapeutische Stichprobe werden zunächst mit den T-Werten der nicht-klinischen Normstichprobe im Manual von Männern und Frauen gesamt im Altersbereich von 24 bis 67 Jahren ( $n=1086$  männlich,  $n=1120$  weiblich) verglichen, da diese Altersstichprobe dem Alter der Patienten in der vorliegenden Studie entspricht. Für die Interpretation der T-Werte orientiert sich die Autorin dieser Studie an Laux et al. (2013), welcher jeweils von "einer, zwei oder mehr als zwei Standardabweichungen um den Mittelwert der T-Skala ausgeht" (S.59), und folgende Einteilung vorschlägt:

T < 30: stark erniedrigter/stark unterdurchschnittlicher Wert

T 30-39: erniedrigter/unterdurchschnittlicher Wert

T 40-60: durchschnittlicher Wert

T61-70: erhöhter/überdurchschnittlicher Wert

T > 70: stark erhöhter/stark überdurchschnittlicher Wert (Laux et al., 2013, S.59).

”Als auffällig und möglicherweise klinisch relevant können gemäß einer gängigen Konvention T-Werte  $> 70$  gewertet werden, die also mehr als zwei Standardabweichungen oberhalb des Mittelwerts der T-Skala liegen” (S.59), so Laux et al. (2013) weiter. Die State-Werte der nicht-klinischen Normstichprobe wurden in einer als ”eher entspannt wahrgenommen[en]” (Laux et al, 2013, S.58) Interviewsituation erhoben. Die State-Werte der hier vorliegenden Studie, kurz vor dem Aufnahmegespräch in der Klinik gemessen, sind somit gegebenenfalls aufgrund der möglichen höheren Anspannung der Patienten bei einer Klinikaufnahme nicht vollständig mit den State-Werten der gegebenenfalls weniger Anspannung auslösenden Interviewsituation bei der Normierungsstichprobe vergleichbar.

Anschließend werden die Mittelwerte und Standardabweichungen der im Rahmen dieser Studie erhobenen Daten im STADI zusätzlich mit den statistischen Kennwerten einer klinischen Gesamtstichprobe (n=217) bei Laux et al. (2013) verglichen. Auf den ausführlichen Vergleich mit der nicht-klinischen Normstichprobe konnte aufgrund der geringen Probandenzahl sowie des Fehlens einer Normierung bei der klinischen Stichprobe dennoch nicht verzichtet werden. Die klinische Gesamtstichprobe (Alter: M=42,42; S=11.84) bei Laux et al. (2013, S. 97ff) besteht aus Patienten vorwiegend mit depressiven Störungen und/oder Angststörungen ambulanter psychotherapeutischer und ärztlicher Niederlassungen, einer psychiatrischen Institutsambulanz sowie einigen Patienten einer psychosomatischen Reha-Klinik.

### 3.2.2 Videoring der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch

#### 3.2.2.1 Beschreibung des Aufnahmegesprächs

Das Erstgespräch ist obligatorisch im psychotherapeutischen Setting und bedeutet neben der Videodokumentation der Sitzung keinen zusätzlichen Aufwand für Patient und Therapeut. Im vorliegenden stationären Setting wurden von den Therapeuten für die Aufnahmesitzung routinemäßig 60 Minuten eingeplant. Je nach Patient und Therapeut kann das Gespräch jedoch kürzer oder länger dauern. Im stationären Aufnahmegespräch sind zahlreiche Kategorien für die Erstellung des psychotherapeutischen Aufnahmebefunds obligatorisch, welcher noch am Aufnahmetag vom Bezugstherapeuten geschrieben und unterzeichnet werden muss (siehe Tab.3-18).

Tabelle 3-18: Obligatorische Bestandteile des stationären Aufnahmegesprächs

---

### Das stationäre psychotherapeutische Aufnahmegespräch

---

- *Informeller Gesprächsbeginn* (Anreise, Vorstellung Patient und Therapeut, z.B. „Wie sind Sie in der Klinik angekommen? Wie geht es Ihnen in diesem Moment?“)
- *Abfrage der aktuellen Lebenssituation* (Familienstand, familiäre, finanzielle, soziale und berufliche Situation, z.B. „Sind Sie in einer Partnerschaft? Wie würden Sie Ihren Partner in drei Worten beschreiben? Gibt es finanzielle Probleme? Wie sieht Ihre momentane berufliche Situation aus? Gibt es aktuell Konflikte am Arbeitsplatz?“)
- *Abfrage der aktuellen Symptomatik mit Screening der wichtigsten Störungsbereiche, Klärung aktueller suizidaler Gefährdung, gegebenenfalls frühere Behandlungen und Krankengeschichte* (z.B. „Unter welchen Beschwerden leiden Sie aktuell am meisten? Hatten Sie bereits einmal Gedanken daran, sich etwas anzutun? Bei wem und wie lange waren Sie schon vorher in Behandlung? Wann war der Beginn Ihrer Beschwerden?“)

→ *Kern des Aufnahmegesprächs*

- *Abfrage der Therapieziele* (z.B. „Wenn Sie in einigen Wochen die Klinik verlassen, was soll sich dann geändert haben? Was wollen Sie hier erreichen? Nennen Sie drei Ziele für Ihre Therapie!“)
  - *Erstellung eines vorläufigen Therapieplans mit Erklärung des Behandlungsangebots* (z.B. „An welchen Therapien möchten Sie neben der Einzeltherapie noch teilnehmen? Wir haben hier folgende Gruppentherapien, lassen Sie uns gemeinsam die passende Therapiegruppe für Sie auswählen!“)
- 

Die Therapeuten wurden instruiert, offene Fragen im Rahmen des Aufnahmegesprächs zu stellen. Diese Fragen sind standardmäßig zu den Bereichen informeller Gesprächsbeginn mit Vorstellung des Patienten und Vorstellung der aktuellen Lebenssituation, spontan berichtete Symptomatik mit Krankheitsanamnese (Hauptbestandteil des Aufnahmegesprächs) sowie Therapieziele und zukünftiger Therapieplan im stationären Setting.

Die einzelnen Gesprächsteile können je nach Therapeut und Patient in verschiedener Reihenfolge vorkommen und gegebenenfalls unterschiedlich intensiv bearbeitet werden.

#### 3.2.2.2 Kategoriendefinition nach Schütz et al. (2007) und Modifikation für die vorliegende Studie

Grundlage der Erfassung der Selbstdarstellung im therapeutischen Eingangsgespräch ist, wie in der Einführung erläutert, ein von der Forschergruppe um A. Schütz und G. Schiepek (siehe Kowalik et al., 1997; Schiepek et al., 1997; Schütz et al., 1997; Strunk, 2005; Strunk & Schiepek, 2002) erarbeitetes System zur Kategorisierung der Selbstdarstellung im Anwendungsbereich von Psychothera-

Die innerhalb dieses Forschungsprojekts erarbeiteten 33 Unterkategorien für die Selbstdarstellung im therapeutischen Setting wurden mithilfe gängiger Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse von der Autorin der hier vorliegenden Studie durch Kategoriendefinitionen, Ankerbeispiele und Abgrenzungsregeln zu anderen Kategorien für das Beobachtertraining für diese Studie festgelegt (siehe Mayring, 2010, S. 61). Die "Definitionen für die vorliegende Studie" ergänzen jeweils die Definitionen nach Strunk (2004, S. 703ff): In Strunks (2004) Arbeit sind die Kategorien mit Definitionen vollständig abgedruckt und werden daher im Folgenden zitiert. Die Beispiele von Patientenaussagen stammen aus dem Fundus an Therapievideos der Studienleitung sowie aus der therapeutischen Praxis.

In den anschließenden Abschnitten sind die 33 Selbstdarstellungskategorien (selbstdarstellungsbezogene Unterpläne) mit den dazugehörigen sieben selbstdarstellungsbezogenen Oberplänen zusammenfassend dargestellt (Formulierung unter Mithilfe von M.Sc. E. Heckendorf, Universität Groningen).

#### I. Oberplan: Demonstriere Stärke und Kompetenzen

##### **Unterplan 1: Zeige, dass du Kompetenzen hast, das Leben zu meistern**

Definition laut Strunk (2005): Klientin beschreibt eigene Fähigkeiten und Kompetenzen. Sie betont ihr Durchsetzungsvermögen – trotz äußerer Widerstände.

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: [Klient erzählt nach dem belastenden Bericht seiner Arbeitssituation spontan von Dingen, die ihm noch gut gelingen] *„Aber wissen Sie, das mit dem Projektleiter für das XY-Projekt, das klappt immer noch gut. Da habe ich mich immer aufgerafft, wenn Meetings waren!“*.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Werden nur Kompetenzen anderer erzählt, wird diese Kategorie nicht geratet. Negativbeispiel: *„Aber meine Mutter, die war noch für mich da in der Zeit, die hat mich nicht aufgegeben!“*.

##### **Unterplan 2: Zeige, dass du im Alltag einfühlsam und bescheiden bist**

Definition laut Strunk (2005): Klientin gibt sich verständnisvoll, sympathisch und bescheiden bezüglich der Therapieziele: sie äußert Zufriedenheit, keine zu hohen Ansprüche. Sie demonstriert ihre Fähigkeiten, sich in ihre Mitmenschen einzufühlen, ihre Handlungen nachzuvollziehen: rechtfertigt z.T. das Verhalten anderer.

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: *„Nein, dass ich wieder normal meinen Haushalt machen kann, für meinen Mann und die Kinder, und ein bisschen im Elternbeirat, das würde mir schon reichen!“*.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Diese Kategorie wird nicht geratet, wenn sich der Klient dem Therapeuten gegenüber freundlich und bescheiden zeigt, dann wird Kategorie 9 *Bestätige den Therapeuten* geratet. Negativbeispiel: „*Ja ich finde sie verstehen mich sowieso gut, mehr kann man sich ja gar nicht wünschen in so einer Therapie!*“.

### **Unterplan 3: Betone, dass du anderen, aber auch dir selbst, Gutes tun willst**

Definition laut Strunk (2005): Klientin äußert bzw. schildert sich sehr pflicht- und verantwortungsbewusst, hilfsbereit (fast altruistisch) bezüglich Eltern, Familie. Sie versucht aber gleichzeitig, Grenzen aufzuzeigen.

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: „Nein, ich will schon, dass ich mit meiner Familie immer mal wieder abschalten kann, ich organisiere da immer so Wochenendausflüge für meine Frau und den X [Sohn]!“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Abzugrenzen von Kategorie *Zeige, dass du selbst Lösungen suchst (21)*, wenn der Klient sich mit der Therapie im Zusammenhang stehend Gutes tun will. Negativbeispiel: „*Ich hab schon letzte Woche nach der Sitzung mal eigenständig versucht, mir was Gutes zu tun, war bei der Kosmetikerin!*“.

## II. Oberplan: Mache deutlich, dass du es schwer hattest

### **Unterplan 4: Mache deutlich, dass du viel durchmachst/durchgemacht hast**

Definition laut Strunk (2005): Klientin schildert (z.T. sehr klagend und lebhaft) Beschwerden, Krankheiten, Belastungen und Krisen in der Vergangenheit und Gegenwart.

Definition für die vorliegende Studie: Außerdem wird diese Kategorie verwendet, wenn andere in der Erzählung des Klienten eine Rolle spielen, jedoch nicht eindeutig erwähnt wird, dass diese anderen Personen auch Schuld sind an der Entwicklung der Problematik des Klienten.

Ankerbeispiel: [obwohl Therapeut schon das Thema gewechselt hat setzt der Klient noch einmal an und liefert ein weiteres Beispiel aus seinem beschwerlichen Berufsleben] „*Und das muss ich Ihnen auch noch erzählen, wie sie im Team nach Ostern auch noch über meinen Kopf hinweg...*“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Wenn Dramatik im Vordergrund steht (z.B. durch eine deutliche Veränderung in der Stimme oder dramatischen Handbewegungen), wird das Verhalten des Klienten der Kategorie *Stelle die Problemlage in aller Dramatik dar (14)* zugeordnet. Vor allem das nonverbale Verhalten des Klienten ist bei dieser Kategorie ausschlaggebend. Wenn explizit vom Verhalten anderer als Ursache der heutigen Problematik des Klienten berichtet wird, ist die Kategorie *Mache deutlich, dass andere die Schuld und Verantwortung haben (12)* zu werten. Wenn Hilflosigkeit in der Erzählung des Klienten im Vordergrund steht (der Klient z.B. explizit darauf verweist, dass er sich nicht in der Lage fühlt, seinen Alltag zu meistern: „...*ich weiß nicht wie ich*

das schaffen soll...“), wird die Kategorie *Zeige, dass du deinem Alltag hilflos und schwach gegenüber stehst (18)* verwendet.

### **Unterplan 5: Vermittle, dass du es schwer hast, aber nicht genügend Unterstützung und Verständnis erfährst**

Definition laut Strunk (2005): Klientin betont, dass sie sich bezüglich Haushalt, Kind u.ä. oft überlastet und alleingelassen fühlt, bzw. für ihre derzeitige schwierige Situation nicht genügend Wertschätzung, Unterstützung und Verständnis von ihrer Umgebung erhält. Sie fühlt sich unverstanden: hat das Gefühl viel zu geben und zu investieren, für ihre Anstrengungen aber keine Gegenleistung und Dankbarkeit zu erhalten.

Definition für die vorliegende Studie: Diese Kategorie ist zu verwenden, wenn der Klient deutlich macht, dass seine Probleme von anderen nicht ernst genommen werden. Außerdem sollte diese Kategorie verwendet werden, wenn der Klient der Meinung ist, dass andere seine Bemühungen nicht genug anerkennen und/oder er sich von anderen ausgenutzt fühlt.

Ankerbeispiel: „Und ehm, ich habe auch Probleme mit Frau Doktor X, das muss ich auch noch sagen. Sie meint alles ist bei mir von der Psyche überlagert... aber ich hatte ja auch, z.B. als ich so Schmerzen im Hals hatte, einen Pilz da und eine Speiseröhrentzündung...“

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Wenn die Einsamkeit, die der Klient erfährt, im Vordergrund der Erzählung steht, wird die Kategorie *Zeige, dass du dich alleingelassen fühlst (15)* verwendet („...also irgendwie fühle ich mich so alleine und hab so mit Angst zu tun...und irgendwie fühle ich mich jetzt wieder so weggestoßen...“).

### **Unterplan 6: Äußere Selbstzweifel**

Definition laut Strunk (2005): Klientin zweifelt an der Normalität ihres Verhaltens und ihrer Reaktionen, besonders im Vergleich zu anderen. Sie fragt sich, ob sie ihren eigenen Ansprüchen (und denen anderer) genügt.

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: „Ach ich weiß nicht... Ich kann halt nicht so auftreten wie die andern in der Boutique...und ich bin ja halt auch nicht so chic und seh gut aus, so wie die!“

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Äußert der Klient sich hilflos in der Therapie und benennt keinen allgemeinen, alltagsbezogenen Selbstzweifel, so wird *Zeige dich in der Therapie hilflos und unsicher (19)* gewertet. Auch wenn das Ziel der hilflesuchenden Selbstdarstellung das Erhalten von Unterstützung vom Therapeuten zu sein scheint, wird nicht Kategorie 6 sondern *Zeige, dass du deinem Alltag hilflos und schwach gegenüber stehst (18)* geratet. In beiden Fällen ist der selbstdarstellungsbezogene Oberplan hier „Fordere Hilfe vom Therapeuten“ und nicht „Mach` deutlich, dass du es schwer hast“.

**Unterplan 7: Zeige dich resigniert über die momentane Situation**

Definition laut Strunk (2005): Klientin äußert sich hoffnungslos, desillusioniert. Sie versucht ihre Probleme zu verstehen, sich damit abzufinden. Sie zweifelt an Veränderungsmöglichkeiten.

Definition für die vorliegende Studie: Die Resignation des Klienten äußert sich in seiner Hoffnungslosigkeit in Bezug auf eine mögliche Verbesserung der Situation. Die Resignation und Hoffnungslosigkeit des Klienten wird häufig auch im nonverbalen Verhalten deutlich, z.B. durch tiefes Seufzen, hörbares Ausatmen und in sich zusammensacken.

Ankerbeispiel: „Und dann denke ich insgesamt viel über die ganze Sache nach...und warum habe ich bald 10 Jahre solche Kopfschmerzen. [fasst resigniert an die Stirn und schüttelt den Kopf] ...und das Gedächtnis wird auch insgesamt schon viel schlechter...“

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Die Kategorie *Mache deutlich, dass du viel durchmachst/durchgemacht hast (4)* wird verwendet, wenn der Klient von Ereignissen berichtet, die zu seiner Problematik geführt haben, bzw. diese in Stand halten, die Resignation in Bezug auf eine mögliche Besserung der heutigen Situation aber nicht hervorgehoben wird („...das ist eigentlich schon die ganzen Jahre so gewesen. Wenn ich aufstehe bin ich müde, und wenn ich schlafen gehe bin ich immer noch müde, und eigentlich bin ich tagsüber auch immer müde.“).

**III. Oberplan: Sei eine gute Klientin / schaffe eine gute Beziehung zum Therapeuten****Unterplan 8: Sei lebhaft und locker**

Definition laut Strunk (2005): Klientin wirkt locker, entspannt und leger. Sie äußert zum Teil offen und ehrlich ihre Meinung, Einstellungen u.ä.

Definition für die vorliegende Studie: Klient macht z.B. einen Witz, um die Stimmung aufzulockern.

Ankerbeispiel: „Wobei ich das ein klein wenig bedauerlich finde [dass Patient, der Lehrer ist, ca. die nächsten sechs Wochen in der Klinik verbringen wird], da in drei Wochen die Sommerferien anfangen...[Patient grinst]“

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Die Kategorie *Bestätige den Therapeuten (9)* wird angewandt, wenn der Klient den Therapeuten z.B. in seiner Meinung explizit bestätigt oder sein Wohlwollen dem Therapeuten gegenüber deutlich macht. Hier geht es zwar auch um den selbstdarstellungsbezogenen Oberplan „Sei eine gute Klientin/schaffe eine gute Beziehung zum Therapeuten“, jedoch fehlt die witzig-lebhafte humorvolle Komponente.

**Unterplan 9: Bestätige den Therapeuten**

Definition laut Strunk (2005): Klientin bestätigt den Therapeuten in seinen Äußerungen und Vermutungen. Sie drückt Zustimmung und Wohlwollen aus.

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: *Reaktion der Klientin auf die Zusammenfassung der Therapeutin in Bezug auf ihre Einsamkeitsgefühle: „Richtig, ja, das haben Sie sehr gut getroffen. [starkes Kopfnicken]“.*

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Die Kategorie *Bestätige den Therapeuten* wird nicht geratet, wenn der Klient mit einfachem zustimmenden Ja-Sagen und Nicken auf beispielsweise die Vorstellung des Therapieplans durch den Therapeuten reagiert. Hier ist das Verhalten des Klienten als ausschließlich reaktiv zu werten, und kann dadurch nicht als Selbstdarstellungseinheit geratet werden. Wenn der Klient den Therapeuten nicht direkt bestätigt, sondern z.B. einen Witz macht, bzw. probiert, sich leger zu geben, um die Stimmung während des Gespräches aufzulockern, wird die Kategorie *Sei lebhaft und locker (8)* verwendet (...*Haha, also um sieben so früh morgens zur Sporttherapie mag ich nicht [lacht]..*“).

### **Unterplan 10: Sei dem Therapeuten gegenüber freundlich (zeige höfliches Verhalten)**

Definition laut Strunk (2005): *Klientin zeigt höfliches Verhalten, freundliche Umgangsformen dem Therapeuten gegenüber. Sie zeigt Bemühen und ihr Interesse an der Therapie.*

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: [Am Ende des Erstinterviews, Patient steht auf] *„Ja, vielen Dank, dass Sie mir so lange zu gehört haben und sich so lange Zeit genommen haben bis ich alles erzählen konnte. Ich weiß das sehr zu schätzen, Sie haben ja bestimmt auch viel zu tun.“*

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Die Kategorie *Bestätige den Therapeuten (9)* bezieht sich im Gegensatz zur vorliegenden Kategorie eher auf therapeutische Inhalte. In Kategorie 10 wird stattdessen allgemein freundlich-höfliches Verhalten geratet.

### **Unterplan 11: Äußere Hoffnung auf Verbesserungen**

Definition laut Strunk (2005): *Klientin berichtet von „Ausnahmen“ und positiven Veränderungen. Sie äußert sich optimistisch und zuversichtlich bezüglich ihrer Zukunft und drückt Zuversicht bezüglich Ihrer Ziele aus.*

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: *„Ja, ich glaube durch so eine Depressionstherapiegruppe, da kann ich bestimmt rauskommen aus diesem ewigen Grübeln und so!“*

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Bei der Kategorie *Zeige, dass du Fortschritte machst (22)*, welches dem selbstdarstellungsbezogenen Oberplan „Zeige Interesse und Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten“ zugeordnet ist, geht der Klient klar auf während bzw. durch die Therapie herbeigeführte Fortschritte ein. Kategorie 11 ist offener gehalten, der Patient zeigt trotz der Belastungen durch die Symptomatik seine optimistische Seite, was zum Ziel, hat die therapeutische Beziehung angenehmer zu gestalten.

#### IV. Oberplan: Zeige, dass Dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist

##### **Unterplan 12. Mache deutlich, dass andere die Schuld und Verantwortung haben**

Definition laut Strunk (2005): Klientin schildert Gegebenheiten und äußere Einflüsse (z.B. Eltern, Schwiegereltern, Erziehung usw.), die ihrer Meinung nach in gewisser Weise zu ihrem derzeitigen Problem geführt haben und für die sie infolgedessen auch nicht verantwortlich ist: sie „musste“ so werden, konnte und kann sich nicht gegen diese Einflüsse wehren (Kausalattribution: Problemverhalten der Klientin entsteht quasi reaktiv).

Definition für die vorliegende Studie: Der Klient schildert, wie es zu seinen Problemen gekommen ist und gibt anderen explizit die Schuld für die Entwicklung seiner heutigen Problematik. Der Klient verweist explizit darauf, dass andere seine Problematik verursacht oder zumindest zu dessen Entwicklung beigetragen haben.

Ankerbeispiel: „Mein Chef, der hat mich doch in die Erschöpfung getrieben. Der hat mich immer auflaufen lassen und bloßgestellt vor den anderen. Nur wegen dem geht’s mir doch so schlecht!“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Wenn der Klient z.B. klagend von dem Verhalten anderer spricht und deren mangelnde Unterstützung beklagt, diese anderen jedoch nicht explizit für die eigenen Probleme verantwortlich macht, ist die Kategorie *Vermittle, dass du es schwer hast, aber nicht genügend Unterstützung erhältst (5)* zu verwenden („Jedes Mal wenn ich mich Hilfe suchend an sie [die Mutter] gewandt habe, dann hat sie mich weggeschubst...ich habe letztens erst zu meiner Mutter gesagt, dass ich ihr auch immer geholfen habe...aber jetzt ist sie nicht für mich da...“).

##### **Unterplan 13: Zeige, dass du in deiner Entwicklung behindert wirst (durch Krankheit, Ehemann, sonstige Lebenssituation)**

Definition laut Strunk (2005): Klientin zeigt, dass die momentanen Gegebenheiten (derzeitige Lebenssituation, ihre Krankheit, z.T. auch ihr Mann, ihr Sohn usw.) sie daran hindern, etwas zu ändern. Sie kann unter diesen Voraussetzungen im Augenblick nichts verändern, wird an der Problemlösung gehindert.

Definition für die vorliegende Studie: Die hindernden Gegebenheiten können aus allen privaten und beruflichen Bereichen des Patienten stammen.

Ankerbeispiel: „Ich kann ja jetzt auch nicht dieses Expositionstraining [bezüglich agoraphobischem Vermeidungsverhalten] durchführen, weil ich muss ja meine Mutter pflegen und für sie kochen und da sein. Da kann ich nicht total fertig sein, immer nach den Übungstagen!“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Wenn anderen Personen explizit vom Klienten die Schuld oder Verantwortung gegeben wird für die mangelnden Veränderungsmöglichkeiten des Klienten, dann wird die Kategorie *Mache deutlich, dass andere die Schuld und Verantwortung haben (12)* geratet.

## V. Oberplan: Fordere Hilfe vom Therapeuten

### **Unterplan 14. Stelle die Problemlage in aller Dramatik dar**

Definition laut Strunk (2005): *Klientin schmückt ihre Problembeschreibungen in vielfältiger Art und Weise aus (durch Beispiele, nonverbale Verhaltensweisen, extrem klagenden Tonfall u.ä.) um die Intensität, Dramatik ihrer Probleme, ihren Leidensdruck und z.T. auch ihre Ausweglosigkeit zu signalisieren.*

Definition für die vorliegende Studie: Hierbei geht es vor allem um histrionisches Verhalten des Klienten. Zu achten ist auf auffälliges und übersteigertes nonverbales Verhalten, wie z.B. auffällige Veränderungen im Tonfall und nonverbale Gesten, mit denen der Klient versucht, die Dramatik der Situation zu verdeutlichen.

Ankerbeispiel: *„Ich denke manchmal...das finde ich auch ganz schön gemein, wenn ich nachts dann neben meinem Mann liege, das Beste wäre wenn ich morgen tot wäre, aber ich denke ich werde auch den letzten Krümel dafür machen, dass... [hier ist vor allem die nonverbale Gestik der Klientin ausschlaggebend für das Rating: Klientin fasst sich an den Kopf und hält diesen während ihrer Erklärung mehrere Sekunden lang fest; als sie die Hände dann wieder vom Kopf nimmt, ballt sie diese zu Fäusten]!“.*

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Bei der Kategorie *Stelle die Problemlage in aller Dramatik dar (14)*, wird vor allem histrionisches, nonverbales Verhalten bewertet. Wenn der Klient klagend von Ereignissen berichtet, die ihm das Leben schwer machen bzw. zu seinen Problemen beigetragen haben, dabei aber nicht versucht, die Situation bzw. sein Leiden durch auffälliges nonverbales Verhalten zu untermalen, wird die Kategorie *Mache deutlich, dass du viel durchmachst/durchgemacht hast (4)* verwendet.

### **Unterplan 15: Zeige, dass du dich alleingelassen fühlst**

Definition laut Strunk (2005): *Klientin macht klar, wie alleine, einsam und z.T. auch enttäuscht sie sich in ihrer Rolle als Mutter und Ehefrau fühlt. Sie befürchtet, auch vom Therapeuten allein gelassen zu werden.*

Definition für die vorliegende Studie: Die Gefühle der Einsamkeit stehen in der Erzählung des Klienten im Vordergrund und/oder der Klient zeigt explizit, dass er Angst davor hat, auch vom Therapeuten im Stich gelassen zu werden. Hierbei geht es nicht um Gefühle der Einsamkeit, die der Klient während des Abfragens seiner (depressiven) Symptomatik aufzählt. Das bedeutet, dass diese Kategorie nur zu raten ist, wenn der Klient von sich aus beginnt, von seiner Einsamkeit zu berichten.

Ankerbeispiel: *„Also irgendwie fühle ich mich so alleine und hab so mit Angst zu tun...und irgendwie fühle ich mich jetzt wieder so weggestoßen [vom Therapeuten]...“.*

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Wenn die Betonung mehr auf der Enttäuschung und dem „sich ausgenutzt fühlen“ bzw. der fehlenden Unterstützung anderer im Zusammenhang mit Gefühlen der Einsamkeit bzw. des Alleinseins liegt, wird die Kategorie *Vermittle, dass du es schwer hast, aber nicht genügend Unterstützung und Verständnis erfährst (5)*, verwendet ( „Ich komm mir da so über vor bei denen [Familie], das war schon immer so, aber jetzt ist es wieder ganz schlimm geworden nach dem Tod [des Vaters]. Aber als es ihm schlecht ging, als sie mich brauchten, als keiner dort übernachten konnte....da war ich gut genug!“).

### **Unterplan 16: Drücke deine Ängste zu verschiedenen Lebensbereichen aus**

Definition laut Strunk (2005): Klientin beschreibt Ängste, die sie in ihrer Vergangenheit durchlebt hat bzw. die sie zurzeit sehr stark beschäftigen und unter denen sie leidet: Angst vor Vater, Angst vor Krankheiten, Zukunftsangst u.ä.

Definition für die vorliegende Studie: Es geht hierbei um Erzählungen des Klienten, in denen dieser seine Ängste in den Vordergrund stellt. Hierbei ist es ausreichend, wenn der Klient seine Ängste in einem Lebensbereich ausdrückt.

Ankerbeispiel: „Wobei ich jetzt schon wieder Angst, Druck gemacht kriege, dadurch dass sie sagen, dass ich vielleicht nicht in den Traumakurs passe!“

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Wenn das histrionische Verhalten des Klienten im Vordergrund der Erzählung stehen, was vor allem durch nonverbales Verhalten des Klienten deutlich wird, wird die Kategorie *Stelle die Problemlage in aller Dramatik dar (14)* geratet. Wenn der Klient seine Einsamkeit besonders betont, wird die Kategorie *Zeige, dass du dich alleingelassen fühlst (15)*, geratet. Wenn der Klient dagegen seine Hilflosigkeit in alltäglichen Situationen besonders betont, wird die Kategorie *Zeige, dass du deinem Alltag hilflos und schwach gegenüber stehst (18)* geratet.

### **Unterplan 17: Verlange Ratschläge**

Definition laut Strunk (2005): Klientin zeigt sich äußerst unsicher in ihren Entscheidungen und erwartet Lösungshilfen, Empfehlungen oder Tipps vom Therapeuten; teilweise fordert sie ihn direkt auf, ihr Ratschläge zu geben bzw. überlässt ihm die Entscheidung.

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: „Ich weiß auch nicht, was meinen Sie denn, was ich machen soll? Ich kann das nicht entscheiden, ob ich in den Depressionsbewältigungskurs oder in den Angstbewältigungskurs soll, Sie kenne sich da besser aus!“

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Wenn der Klient seine Hilflosigkeit im Alltag schildert, den Therapeuten dabei aber nicht explizit darum bittet, ihm bei der Lösung seiner Probleme zu helfen, wird die Kategorie *Zeige, dass du deinem Alltag hilflos und schwach gegenüber stehst (18)* verwendet. Wenn der Klient seine Resignation und Hoffnungslosigkeit in den Vordergrund seiner

Erzählung stellt, wird die Kategorie *Zeige dich resigniert über die momentane Situation (7)* verwendet.

### **Unterplan 18: Zeige, dass du deinem Alltag hilflos und schwach gegenüber stehst**

Definition laut Strunk (2005): Klientin schildert explizit, dass sie sich im Alltag zu schwach, zu hilflos und der äußeren Situation zu sehr ausgeliefert fühlt: Sie fühlt sich momentan zu unsicher, um eigene Entscheidungen zu treffen bzw. sieht noch keine möglichen Lösungswege.

Definition für die vorliegende Studie: Der Klient schildert explizit, dass er sich dem Alltag nicht gewachsen fühlt, bzw. seine Probleme im alltäglichen Leben nicht alleine lösen kann. Hierbei wird der Therapeut allerdings nicht explizit um Hilfe oder mögliche Lösungsvorschläge gebeten.

Ankerbeispiel: „Ach, ich schaff das alles nicht mehr. Keine Ahnung, wie ich das mit den Kindern und der Schule noch schaffen soll, ich fühl mich schon so k.o.!“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Wenn der Klient seine Unsicherheit im alltäglichen Leben ausdrückt und den Therapeuten dabei explizit um Hilfe oder mögliche Lösungsvorschläge bittet, wird die Kategorie *Verlange Ratschläge (17)* verwendet.

### **Unterplan 19: Zeige dich in der Therapiesituation hilflos und unsicher**

Definition laut Strunk (2005): Klientin fühlt sich in der für sie neuen Situation etwas unsicher und aufgeregt. Sie bemüht sich alles „richtig“ zu machen, möchte in ihren Anliegen/Problemen unbedingt verstanden werden, zeigt sich aber zeitweise recht hilflos in ihren Schilderungen.

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: „Oh, soll ich kürzer antworten? O Gott, sie verstehen mich bestimmt nicht, ganz durcheinander erzähl ich Ihnen das. Wissen Sie, ich war noch nie bei so einem Psychologen!“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Bezieht sich die Hilflosigkeitsdemonstration auf den Alltag und explizit nicht auf die Therapiesituation, so wird Kategorie *Zeige, dass du deinem Alltag hilflos und schwach gegenüberstehst (18)* geratet.

### **Unterplan 20: Zeige, dass es für dich schwer ist, die Situation zu verändern**

Definition laut Strunk (2005): Obwohl der Klientin bewusst und klar ist, was sie ändern müsste, sieht sie sich nicht imstande, an der gegenwärtigen Situation etwas zu verändern: Sie scheint hin- und hergerissen zu sein zwischen ändern wollen und können. Wiederum gebunden an äußere Gegebenheiten sieht sie sich – trotz Einsicht – nicht in der Lage, die eigenen eingeschliffenen Muster zu verlassen.

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben

Ankerbeispiel: „Ich will ja unbedingt weg von den Schmerztabletten, aber wissen Sie, dann schlaf ich nicht und dann schaff ich die Arbeit nicht und...ach ich weiß auch nicht wie das gehen soll!“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Abgegrenzt werden muss diese Kategorie von der Kategorie *Zeige, dass du in deiner Entwicklung behindert wirst (durch Krankheit, Ehemann und sonstige Lebenssituation) (13)*, hier steht die Außenbeeinflussung im Vordergrund. Bei der vorliegenden Kategorie 22 steht die Zerrissenheit des Patienten bezüglich des gegebenenfalls nicht zu leistenden Aufwands für die nötigen Änderungsschritte im Fokus.

#### VI. Oberplan: Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten

##### **Unterplan 21: Zeige, dass du selbst Lösungen suchst**

Definition laut Strunk (2005): *Klientin entwickelt von sich aus Überlegungen, Ideen und Lösungsansätze, um an ihrer derzeitigen Situation etwas zu verändern und wägt diese ab.*

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: „*Ja, ich hab mir überlegt, dass ich gern ein Paargespräch machen will, hier mit meiner Frau. Machen Sie so was? Damit wir lernen, wie wir wieder vernünftig miteinander reden können!*“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Abgegrenzt werden muss diese Kategorie von der Kategorie *Äußere Ziele und Wünsche (26)*. Hier sind die Ziele und Wünsche des Patienten klar in die Zukunft gerichtet. Bei der Kategorie 21 hingegen zeigt der Patient, dass er gerade jetzt bereits nach Lösungen sucht und schon aktiv ist. Beide Kategorien unterscheiden sich also in der Zeitdimension.

##### **Unterplan 22: Zeige, dass du Fortschritte machst**

Definition laut Strunk (2005): *Klientin berichtet stolz, froh, z.T. auch überrascht von ihren Aktivitäten, Veränderungen und Erfolgen, die sie seit Beginn der Therapie erfahren hat.*

Definition für die vorliegende Studie: Diese Kategorie kann im Aufnahmegespräch nur selten geratet werden, da die eigentliche Therapie ja noch nicht stattgefunden hat.

Ankerbeispiel: „*Ja, also mir geht's schon viel besser, seitdem ich hier bin und die Mitpatienten getroffen habe, mit denen war ich gerade Mittagessen und ich habe mich sogar mit zweien am Tisch unterhalten, trotz der sozialen Phobie!*“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Berichtet der Klient spontan von Fortschritten, die er vor dem Klinikaufenthalt, etwas in einer ambulanten Therapie gemacht hat, dann ist Kategorie *Betone, dass du schon vorher und unabhängig von der Therapie Lösungsversuche unternommen hast (23)* zu raten. Sucht er aktuell nach Lösungen, wird Kategorie *Zeige dass du selbst nach Lösungen suchst (21)* geratet.

**Unterplan 23: Betone, dass du schon vor und unabhängig von der Therapie Lösungsversuche unternommen hast.**

Definition laut Strunk (2005): Klientin betont, dass sie einerseits vor der Therapie einiges unternommen hat, um ihr Problem anzugehen, gleichzeitig zeigt sie damit auch den Willen und den Wunsch zur Veränderung.

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: „Ja also zu Hause, in der ambulanten Therapie bei der Frau X, hat mir das mit dem Tagebuchs Schreiben immer sehr geholfen. Das möchte ich hier auch wieder machen. Da habe ich immer rein geschrieben, wenn ich etwas Schönes erlebt habe, einen Lichtblick sozusagen.“

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Werden die Lösungsversuche rein negativ geschildert und nutzt der Patient die Aufzählung seiner vorherigen Lösungsversuche zum Klagen, so ist Kategorie *Mache deutlich, dass du viel durchmachst/durchgemacht hast (4)* oder Kategorie *Zeige dich resigniert über die momentane Situation (7)* zu raten.

**Unterplan 24: Bemühe dich um Einsichten und neue Erfahrungen (explikativ)**

Definition laut Strunk (2005): Klientin bemüht sich, die mit dem Therapeuten gemeinsam ausgearbeiteten Lösungsmöglichkeiten abzuwägen, indem sie die ihr implizit bewussten Zusammenhänge noch einmal darlegt. Es handelt sich um Einsichten, die der Klientin eigentlich schon klar waren, die sie aber im Beantworten der Frage sich noch einmal vor Augen führt.

Definition für die vorliegende Studie: Da in der ersten Sitzung selten bereits Lösungsmöglichkeiten erörtert werden, wird auch diese Kategorie für das psychotherapeutische Aufnahmegespräch weiter gefasst.

Ankerbeispiel: „Ja, eigentlich könnte man das so zusammenfassen wie wir das jetzt formuliert haben: Seitdem meine Sohn diese Multiple Sklerose hat, da haben sich meine ganzen anderen Ängste auch befeuert!“

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Von Kategorie *Zeige, dass du selbst Lösungen suchst (21)* ist diese Kategorie dadurch abgegrenzt, dass bei Kategorie 21 konkrete Handlungsschritte genannt werden, es handelt sich also um eine umsetzungsbezogene Kategorie. Kategorie 24 ist jedoch nur erkenntnisbezogen zu interpretieren.

**Unterplan 25: Bemühe dich um Einsichten und Erfahrungen (reflexiv)**

Definition laut Strunk (2005): Klientin bemüht sich durch Nachdenken (im Sinne des Heurismus der reflektierenden Abstraktion) und auf einer eher emotionalen Ebene durch die Fragen und Anstöße des Therapeuten zu neuen Erkenntnissen, Zusammenhängen und Einsichten zu gelangen. Hier handelt es sich um eine Art „Aha-Erlebnisse“, die die gewohnten gedanklichen Automatismen der Klienten unterbrechen.

Definition für die vorliegende Studie: Meist wird diese Selbstdarstellungseinheit durch eine veränderte Mimik im Moment der Erkenntnis, etwa durch Lippen pressen, die Augen schlitzförmig zusammenkneifen oder Kopfschütteln begleitet.

Ankerbeispiel: „Mmh.. [längere Gesprächspause, Patient sieht zur Decke]. Ich habe mich vielleicht immer noch nicht von den Bewertungen meiner Mutter gelöst... [Gesprächspause]!“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Kategorie *Bemühe dich um Einsicht und neue Erfahrungen (explikativ)* (24) ist zu werten, wenn es sich weniger um eine auch äußerlich in der Mimik sichtbaren Erkenntnisgewinn handelt, sondern um eine erklärende Zusammenfassung von Zusammenhängen.

### **Unterplan 26: Äußere Ziele und Wünsche**

Definition laut Strunk (2005): Klientin äußert einerseits klare Wünsche, was sich bzgl. ihrer Symptome ändern soll, andererseits konkrete Vorstellungen und Pläne, wie ihre Zukunft aussehen soll.

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: [Klientin spontan] „Ich wünsche mir vor allem jemanden an meiner Seite, dass ich nicht mehr alleine bin...!“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Wenn der Klient seine Wünsche ausschließlich auf Nachfrage des Therapeuten nach seinen Therapiezielen äußert, ist die Kategorie *Äußere Ziele und Wünsche* nicht zu raten. Es handelt sich dabei dann um ausschließlich reaktives Verhalten des Klienten, und kann dadurch nicht als Selbstdarstellungseinheit gesehen werden.

### **Unterplan 27: Betone, dass du entschlossen für deine Interessen eintrittst**

Definition laut Strunk (2005): Klientin äußert klar und entschlossen, was sie will und was sie nicht will. Sie zeigt viel Energie und den Willen, ihre guten Vorsätze in die Tat umzusetzen. Sie möchte sich ihrer Umgebung gegenüber klar abgrenzen, legt viel Wert auf Unabhängigkeit und Autonomie (im Gegensatz zu Unterplan 11).

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: „Nein, und ich möchte das so nicht mehr haben. Ich werde mich nicht mehr so hin und her schieben lassen im Büro und für alle im Notfall immer einspringen müssen. Da sind die Anderen jetzt mal dran!“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Im Unterschied zu Kategorie *Äußere Hoffnung auf Verbesserung* (11) ist das Ziel dieser Selbstdarstellungskategorie nicht, die therapeutische Beziehung durch die Äußerung zu verbessern, sondern der Klient zeigt aktiv, wie er in seinem persönlichen Umfeld außerhalb der Therapie etwas verändern will, unabhängig davon, ob er damit einen guten oder einen schlechten Eindruck beim Therapeuten hinterlässt.

**Unterplan 28: Sei aufnahmebereit**

Definition laut Strunk (2005): Klientin zeigt (während der Therapie) v.a. durch nonverbale Verhaltensweisen, Interesse und Aufnahmebereitschaft für die Bemerkungen, Hinweise, Denkanstöße und Empfehlungen des Therapeuten.

Definition für die vorliegende Studie: Siehe oben.

Ankerbeispiel: „[Klient zieht die Augenbrauen hoch, öffnet die Augen weit, schaut dem Therapeuten direkt ins Gesicht] Aha...mhm...ja, darüber muss ich einmal nachdenken, was Sie da sagen!“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: In Abgrenzung zur Kategorie *Bestätige den Therapeuten (9)* verfolgt die Selbstdarstellung des Klienten bei dieser Kategorie nicht das Ziel, eine gute Beziehung zum Therapeuten aufzubauen (interpersonelles Motiv), sondern der Klient möchte für sich möglichst viel aus der Therapie mitnehmen (intrapersonelles Motiv).

**Unterplan 29: Gestalte die Therapie aktiv mit**

Definition laut Strunk (2005): Klientin äußert in der Therapiesituation eigene Wünsche, Ideen und Anregungen bezüglich des weiteren Therapieverlaufs. Sie „lenkt“ gewissermaßen das Geschehen mit (im Gegensatz zu Unterplan 21 und 22, bei denen es sich um Lösungen und Fortschritte außerhalb der Therapiesituation im Alltag handelt).

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: „Ja also ich hab da auf Ihrer Homepage gelesen, Sie machen auch autogenes Training. Das möchte ich unbedingt machen. Und Frühsport in der Gruppe gibt's auch hab ich gelesen, weil ich doch immer nicht aus dem Bett komme!“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Im Gegensatz zu Kategorie *Zeige, dass du selbst Lösungen suchst (21)* geht es in Kategorie 29 klar um die Organisation und Struktur der Therapie zwischen Klient und Therapeut bzw. Klient und der Klinik als Institution, nicht um Lösungen und Fortschritte außerhalb der Therapiesituation im Alltag.

**Unterplan 30: Vermittle Eindruck in deine Lebensverhältnisse**

Definition laut Strunk (2005): Klientin beschreibt diverse „Hintergrundinformationen“, die für die Problementwicklung und unter Umständen für die Problemlösung relevant erscheinen: Situationen und Erlebnisse aus ihrer Vergangenheit (Kindheit und Jugend) und aus ihrer gegenwärtigen Lebenssituation (Umfeld, Familie u.ä.).

Definition für die vorliegende Studie: Auch wenn der Patient von sich aus von schweren Erlebnissen berichtet, die er im Alltag lieber verbirgt, etwa einer Misshandlung, ist diese Kategorie zu raten.

Ankerbeispiel: „Ach, das hab ich mir aufgeschrieben, weil ich es unbedingt noch erzählen wollte in der ersten Stunde. Ich glaube, das müssen sie wissen, um mein Problem verstehen zu können. Das damals meine Mutter das mit dem Putzen auch so zwanghaft gemacht hat und...“.

Abgrenzungsregel/Negativbeispiel: Wenn der Klient rein reaktiv auf eine Frage des Therapeuten reagiert oder zum eben besprochenen Themenkomplex, z.B. die Herkunftsfamilie, spricht, wird keine Selbstdarstellungseinheit geratet.

## VII. Oberplan: Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen

### **Unterplan 31: Zeige, dass du dich in der Situation unwohl fühlst**

Definition laut Strunk (2005): Klientin zeigt vor allem durch nonverbale Verhaltensweisen, dass sie sich in der momentanen Situation unbehaglich, unwohl fühlt („unangenehme“ Fragen des Therapeuten, Ansprechen heikler Themen u.a.).

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: „[Klient rutscht unruhig auf seinem Stuhl hin und her, presst die Lippen, verschränkt die Arme] Mhmm... ja. Klar können wir darüber reden...“.

Abgrenzungsregel und Negativbeispiel: Im Gegensatz zu Kategorie *Vermeide die Auseinandersetzung mit Problemen (33)* geht es hier nicht um ein Vermeiden konkreter Themen und Probleme, sondern um eine allgemeine Unruhe oder ein allgemeines Unwohlfühlen in der therapeutischen Interaktion, welche sich dadurch kennzeichnet, dass der Therapeut die Hauptsteuerung des Gesprächs übernimmt und der Patient wenig Kontrolle darüber hat, wo das Gespräch als nächstes hinführt.

### **Unterplan 32: Rechtfertige eigenes problematisches Verhalten**

Definition laut Strunk (2005): Klientin rechtfertigt in gewisser Weise die „Passivität“ ihres konkreten, aktuellen Verhaltens. Sie entschuldigt sich dafür, die für die Problemlösung relevanten und notwendigen Veränderungen nicht realisiert zu haben oder zu können (im Gegensatz zu Unterplan 12 und 13, in denen sie ihre derzeitige „hilfesuchende“ Situation auf unbeeinflussbare Gegebenheiten in der Vergangenheit und Gegenwart attribuiert).

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: „Aber ich habe es einfach nicht geschafft, eher in die Klinik zu kommen, und nicht den Mut gehabt...und dann waren die Zwänge so stark, dass ich gewusst hab, ich hab die Kraft nicht für diese Konfrontationstherapie!“.

Abgrenzungsregel und Negativbeispiel: Die Kategorien *Mache deutlich, dass andere die Schuld und Verantwortung haben (12)* und *Zeige, dass du in deiner Entwicklung behindert wirst (durch Krankheit, Ehemann und sonstige Lebenssituationen (13))* werden hingegen geratet, wenn das selbstdarstellungsbezogene Oberziel des Klienten ist, zu zeigen, dass sein Leiden stark fremdbeeinflusst ist.

### **Unterplan 33: Vermeide die Auseinandersetzung mit Problemen**

Definition laut Strunk (2005): Klientin äußert ehrlich und direkt bzw. über „Ausreden“ ihr Unbehagen bei der Bearbeitung und Auseinandersetzung mit ihren Problemen (Vermeidungstendenz).

Definition für die vorliegende Studie: siehe oben.

Ankerbeispiel: „Ja, nein, also...mit meiner Frau und meiner Affäre, das ist so eine lange Geschichte...Ach und wissen Sie, und die berufliche Problematik ist mir ja auch viel wichtiger!“

Abgrenzungsregel und Negativbeispiel: Im Gegensatz zu Kategorie *Rechtfertige eigenes problematisches Verhalten (32)* weicht der Patient hier dem Therapeuten aus und vermeidet unangenehme Themen, anstatt sich explizit zu rechtfertigen.

#### 3.2.2.3 Charakterisierung des Materials

Die 80 Videos der Aufnahmesitzungen waren durchschnittlich 60,5 Minuten lang (SD 15.1). Das kürzeste Aufnahmegespräch dauerte 31 Minuten, das längste Aufnahmevideo 120 Minuten. Die Videos wurden mit High Definition Kameras aufgenommen. Auf allen Videos sind Therapeut und Patient zu sehen, wobei der Videofokus gerade in den kleinen Therapieräumen immer auf dem Patienten liegt. Dieser wurde entweder frontal oder frontal-seitlich videographiert.

Zum Raten jedes Therapievideos wurde ein Ratingprotokoll verwendet (siehe Anhang A.1). Auf diesem Protokoll sind in einer linken Spalte zunächst die sieben Oberkategorien, dann die 33 Unterkategorien des Selbstdarstellungssystems angeordnet. Anschließend folgt für jede Minute im Therapievideo eine Spalte, die mit einem oder beliebig vielen Strichen gefüllt werden kann, wenn die entsprechende Selbstdarstellungseinheit ein- oder mehrmals in dieser Minute geratet werden soll.

#### 3.2.2.4 Videoratertraining und Rating

Die Studienleiterin erarbeitete ein Videoratertraining, welches anschließend sie selbst und die Co-Raterin durchliefen, bevor die 80 Therapievideos der vorliegenden Studie ausgewertet wurden. Das Ratertraining erfolgte in fünf Schritten (siehe Tab.3-19 und Tab.3-20). In Schritt eins und zwei wird das korrekte Rating eines ersten Mustervideos erarbeitet.

Tabelle 3-19: Beschreibung der fünf Bestandteile des Videoratertrainings

| Schritte   | Instruktion Ratertraining   |
|--|---|
| 1. Musterrating Video eins nachvollziehen                              | „Zunächst Mustervideo eins einmal komplett beobachten und mithilfe des Musterratings alle Ratings nachvollziehen. Währenddessen alle unklaren Ratings mit Minutenangaben in einer Liste notieren - z.B. eigene Vorschläge, was im Musterrating aus Ihrer Sicht übersehen wurde bzw. was nicht nachvollzogen werden kann. Diese Liste wird mit der Studienleitung nachbesprochen.“ |
| 2. Video eins erneut raten und mit Musterrating Video eins vergleichen | „Anschließend Mustervideo eins erneut komplett beobachten. Diesmal eigenständig raten, ohne das Musterrating zur Hilfe zu nehmen. Die Daten ins SPSS-File übertragen. Nach Abschluss des selbstständigen Ratings die eigenen Lösungen mit dem Musterrating eins vergleichen. Unklare Ratings erneut notieren und mit der Studienleitung nachbesprechen.“                          |

In den Schritten drei bis fünf sollen die Rater immer selbstständiger raten.

Tabelle 3-20: Beschreibung der fünf Bestandteile des Videoratertrainings - Fortsetzung

| Schritte   | Instruktion Ratertraining   |
|--|---|
| 3. Unbekanntes Video zwei selbstständig raten und mit Musterrating vergleichen   | „Nun Mustervideo zwei eigenständig ohne Zuhilfenahme des Musterratings raten. Hierfür erstellen Sie, analog zu Musterrating eins, ein Ratingprotokoll. Dies enthält die Angaben Zeitpunkt, Selbstdarstellungskategorie und verbales/nonverbales Verhalten des Patienten, welches geratet wurde. Die Daten ins SPSS-File übertragen. Nach Abschluss des selbstständigen Ratings die eigenen Lösungen mit dem Musterrating zwei vergleichen. Unklare Ratings notieren und mit der Studienleitung nachbesprechen.“ |
| 4. Unbekanntes Video drei selbstständig raten mit intensiver Kontrolle           | „Raten Sie nun ihr erstes eigenes Video. Hierfür erstellen Sie, analog zu den Musterratings, ein Ratingprotokoll. Dies enthält die Angaben Zeitpunkt, Selbstdarstellungskategorie und das konkrete verbale/nonverbale Verhalten des Patienten welches geratet wurde. Dieses Ratingprotokoll wird mit der Studienleitung nachbesprochen. Anschließend werden die Daten ins SPSS-File übertragen.“  |
| 5. Unbekannte Videos vier bis X selbstständig raten mit gelegentlicher Kontrolle | „Jetzt können Sie ihre folgenden Videos eigenständig raten und die Ergebnisse direkt ins SPSS-File eintragen. Ratingprotokolle sind in diesem Stadium nicht mehr erforderlich. Allerdings überprüft die Studienleitung jede Woche geratete Videos stichprobenartig.“  |

Zudem wurden schriftlich einige allgemeine Instruktionen zum Raten von Videos erarbeitet, welche an beide Rater ausgehändigt und im gemeinsamen Gespräch erläutert wurden:

*Vorbereitung eines Ratings:* “Lesen Sie vor jedem neu zu ratenden Video und sowie jeweils zu Beginn einer Ratingsession die 33 Oberkategorien mit den entsprechenden Definitionen und Beispielen erneut. Erfahrungsgemäß ist mit Beobachtereffekten zu rechnen (z.B. Primacy- oder Recency-Effekt bezüglich des Merkens der Kategorien, Lieblingskategorien einzelner Rater). Sehen Sie sich zunächst – ohne zu raten - *einige Minuten* am Anfang, in der Mitte und am Ende des Videos an, um ein Gefühl für den Patienten und seine Selbstdarstellung zu bekommen (Erarbeitung einer Baseline für Selbstdarstellung beim jeweiligen Patienten).“

*Fokus während des Ratings:* “Der Fokus liegt beim Videoraten immer *auf dem Patienten*. Während Sie die Videos raten, richten Sie Ihre Augen immer auf den Patienten, um auch nonverbale Selbstdarstellung erkennen zu können. Bsp.: Unterplan 28 “Sei aufnahmebereit” beinhaltet per Definition auch nonverbales Verhalten.”

*Was als eine Selbstdarstellungseinheit zu raten ist:* „Beim Raten der Selbstdarstellungskategorien und bei der Frage ‘Ist der beobachtete Ausschnitt als Selbstdarstellungskategorie zu raten?’ *orientieren* Sie sich bitte nach Strunk (2004) an folgenden Leitfragen:

- Welche Gefühle und Eindrücke löst der Klient, die Klientin bei mir und anderen aus?
- Was will er/sie bei mir und anderen erreichen, wozu will er/sie mich und andere bringen, welche Verhaltenstendenzen auslösen?
- Welches Bild von sich versucht er/sie mir und anderen zu vermitteln?
- Welches Bild von sich versucht er/sie für sich selber aufrechtzuerhalten?
- Welches Verhalten von mir und anderen würde gar nicht in die Situation passen, würde schwer fallen, versucht er/sie zu verhindern (S. 506)?

Treten Aussagen oder nonverbales Verhalten *natürlich im Redefluss auf*, vermitteln sie nicht den Eindruck, als würden sie *deutlich* ein selbstdarstellungsrelevantes Ziel verfolgen oder sind sie adäquat für das gerade mit dem Therapeuten zu besprechende Thema, so sind diese nicht als Selbstdarstellungseinheiten zu raten.

Selbstdarstellungseinheiten zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass sie *spontan geäußerte* Aussagen oder *spontan gezeigtes* Verhalten des Patienten sind, welches *markant* ist und nicht nur eine reine und der Frage des Therapeuten angemessene Antwort etwa auf eine Symptomabfrage ist. Selbstverständlich ist grundsätzlich jedes Verhalten selbstdarstellungsrelevant, aber nur *deutliches* selbstdarstellungsbezogenes Verhalten kann im Rahmen dieser Studie geratet werden (eingeschränkte Definition einer Selbstdarstellungseinheit). Beispiel: 23:30 (Musterrating eins) Patient berichtet ohne Nachfrage der Therapeutin in einem ausführlichen Beispiel von seinen starken Antriebsstörungen.

Ist die Selbstdarstellung rein *reaktiv*, also nur Reaktion auf den Therapeuten, z.B. erzählt ein Patient eine belastende Lebensepisode bzw. schildert ein Symptom in einer der Frage angemessenen Weise, nachdem er vom Therapeuten explizit danach gefragt wurde, ist dies nicht als Selbst-

darstellungseinheit zu werten. Beispiel: 04:25 (Musterrating eins) Patient erzählt in adäquater Weise vom Tod seines Vaters, nachdem er explizit danach gefragt wurde.

Sind Sie sich unsicher, ob das Verhalten ausreicht, um es als Selbstdarstellungseinheit zu raten, dann raten Sie im Zweifelsfall nicht (eher weniger raten, d.h. ein *konservatives* striktes Rating wird angestrebt). Die Verhaltensausschnitte, die dann geratet sind, sollen wirklich markant sein und sicher der entsprechenden Kategorie zugeordnet werden können.

Die *angemessene Erläuterung von Symptomen* ist ebenfalls nicht als Selbstdarstellungseinheit zu werten.

Beachten Sie, zusammengehörige Selbstdarstellungssequenzen auch *nur als eine Selbstdarstellungseinheit* (d.h. mit nur einem Strich im Raterblatt) zu werten. Beispielsweise kann ein Patient auch über mehrere Sätze sein Leiden als fremdbeeinflusst darstellen. Aber nur, wenn der Patient mit einem neuen Beispiel beginnt oder nach Abschluss dieses Beispiels erneut von der Thematik erzählt, ist eine neue Selbstdarstellungseinheit zu kodieren.

Gelegentlich können in einem Erzählstrom des Patienten auch sehr eng *hintereinander zwei unterschiedliche Selbstdarstellungseinheiten* kodiert werden, wenn in der entsprechenden Sequenz beide Selbstdarstellungseinheiten klar zu erkennen sind und den klinischen Eindruck dominieren. Beispiel: 16:20 und 16:50 (Mustervideo eins) Patient wird direkt hintereinander zuerst mit der Kategorie 14 und unmittelbar darauf mit der Kategorie 18 kodiert.

Aber Achtung: Alle Selbstdarstellungskategorien sind *disjunkt*, d.h. klar definiert und voneinander abgegrenzt, so dass alle verbalen oder nonverbalen Passagen eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden müssen. Eine Äußerung bzw. ein nonverbales Verhalten kann nicht gleichzeitig zwei Selbstdarstellungskategorien zugeordnet werden (siehe Mayring, 2010).

Es darf auch *mehrmals hintereinander die gleiche* Selbstdarstellungskategorie geratet werden, wenn es sich tatsächlich verbal-inhaltlich oder nonverbal um eine neue Selbstdarstellungseinheit handelt. Beispiel: 44:40, 45:30, 48:30 (Musterrating eins) mehrmaliges Raten der Selbstdarstellungskategorie `Bestätige den Therapeuten`.

*Transfer von Kategoriendefinitionen:* „Die Kategoriendefinitionen zu den 33 Selbstdarstellungskategorien sind alle auf die Therapie einer Mitte 20-jährigen Patientin bezogen, an Hand deren Therapie das Kategoriensystem erstellt wurde. Bitte orientieren Sie sich am Sinn und Ziel dieser Definitionen, nicht nur am Wortlaut. Bsp.: Kategorie 13 „Zeige, dass du in deiner Entwicklung behindert wirst (durch Krankheit, Ehemann, sonstige Lebenssituation)“ ist auch auf männliche Patienten und beispielsweise die Behinderung durch den Vorgesetzten übertragbar“.

*Unterscheiden zwischen Ratingkategorien.* „Einige der 33 Kategorien sind stellenweise schwer auseinander zu halten. Orientieren Sie sich beim raten auch bitte immer daran, ob der entsprechende *Oberplan* zum gerateten Verhalten des Patienten passt, d.h. ob der Patient aus Ihrer Sicht mit dieser Form der Selbstdarstellung den entsprechenden Oberplan verfolgt.“

### 3.3 Ablauf

Tabelle 3-21 verdeutlicht den Ablauf der Studie für die einzelnen Probanden. Die Patienten erhielten das Infomaterial zur Studie mit Schweigepflichtsverpflichtung der Studienleitung getrennt von dem Formblatt zur Einverständnis zur Studie. Das Aufnahmegespräch fand am Aufnahmetag in die Klinik statt und dauerte durchschnittlich 60.5 Minuten (SD=15.1). Anwesend waren stets Therapeut und Patient. Die Patienten blieben im Anschluss durchschnittlich 58.5 Tage in der stationären Behandlung (M=58.5, SD=27.5, siehe Tab.3-1).

*Tabelle 3-21: Ablauf der Studie*

| Zeitpunkt und Zusammenfassung  | Ablaufdetails  |
|--|--|
| <p><i>Vor Aufnahme:</i><br/>-schriftliche Vorinformation</p>   | <p>2-7 Tage vor Aufnahme in die Klinik erhalten die Patienten per Post von der Studienleitung schriftlichen Informationen zu Inhalt, Ziel und Aufwand der Studie. Zudem werden Sie über die Schweigepflicht und ihr Recht, nicht an der Studie teilzunehmen, informiert.</p>   |
| <p><i>Am Aufnahmetag:</i><br/>-mündliche Vorinformationen<br/>-Unterzeichnung Einverständniserklärung und Infoblatt<br/>-STADI-State<br/>-Videographie</p> | <p>Am Aufnahmetag werden die Patienten vom Bezugstherapeuten erneut über die Studie informiert. Sie unterzeichnen die Einverständniserklärung zur Studie und unterschreiben das gesonderte Infoblatt. Direkt vor der Aufnahmesitzung füllen sie noch den STADI-State-Bogen aus. Anschließend startet die Videographie der Aufnahmesitzung.</p> |
| <p><i>In der Aufnahmewoche:</i><br/>-Fragebogenbatterie<br/>-Informationsgespräch (optional)<br/>-Klinik Basisdokumentation</p>                            | <p>In der Aufnahmewoche erhalten die Patienten von der Studienleitung die Fragebogenbatterie mit einem verschließbaren Rückumschlag. Zudem erhalten sie bei Interesse einen Termin für ein Informationsgespräch über die Studie bei der Studienleitung und füllen die klinikinterne Basisdokumentation bei Aufnahme aus.</p>                   |
| <p><i>In der Entlasswoche:</i><br/>-Anreizfragebogen Patient und Therapeut<br/>-Klinik Basisdokumentation</p>  | <p>In der Entlasswoche füllen sowohl Patient als auch Therapeut den Fragebogen zur subjektiven Erwerbsprognose und zum Rentenwunsch aus. Die Patienten füllen zudem die klinikinterne Basisdokumentation bei Entlassung aus</p>  |

Grundsätzlich erfolgte eine Einmalmessung bei Therapieantritt der Patienten. Am Aufnahmetag wurde die Aufnahmesitzung videographiert sowie direkt vor der Aufnahmesitzung der Fragebogen STADI-State ausgegeben. In der Aufnahmewoche waren alle übrigen Fragebögen (siehe Tab.3-4) sowie die klinikinterne Basisdokumentation (allgemeiner Anamnesefragebogen, BDI-II, BSI) auszufüllen, bis auf Folgende: Auf Probandenseite ergänzten in der Entlasswoche ein Anreizfragebogen zum Rentenwunsch und zur subjektive Erwerbsprognose sowie im Rahmen der klinikinternen

Basisdokumentation erneut die Störungsfragebögen BDI-II und BSI den Datensatz. Auch die Therapeutenratings zum Therapieverlauf und zur weiteren Prognose wurden am Ende der Behandlung routinemäßig von der psychosomatischen Klinik (Basisdokumentation BADO für Therapeuten) erhoben. Die Datenerhebung begann 08/2011 und endete 01/2013.

Die Studie befolgte die ethischen Prinzipien der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki (1964). Das Projekt wurde am 23.11.2010 der Ethikkommission der Klinik vorgestellt und von dieser unter Führung der ärztlichen Klinikleitung genehmigt.

### **3.4 Statistische Auswertung**

#### **3.4.1 Deskriptive Statistiken**

Alle abhängigen und unabhängigen Variablen werden deskriptiv dargestellt (Mittelwerte, Standardabweichungen). Bei kategorialen Variablen erfolgt die Darstellung über Häufigkeiten.

*Deskriptive Statistiken für die Gesamtstichprobe.* Deskriptive Statistiken werden für die Gesamtstichprobe (N=80) für alle abhängigen und unabhängigen Variablen dargestellt.

*Deskriptive Statistiken für die Unterstichprobe Rentenangabe.* Zusätzlich erfolgt die deskriptive Darstellung der wichtigsten Variablen (Alter, Geschlecht, Depressivität, externe Anreizvariablen) für die Unterstichprobe Rentenangabe (n=49). Diese 49 Patienten gaben am Ende der Therapie freiwillig Auskunft darüber, ob ein Rentenwunsch besteht oder nicht und machten Angaben zur subjektiven Erwerbsprognose im Rahmen eines Fragebogens zu ihrer beruflichen und sozialrechtlichen Situation.

#### **3.4.2 Interferenzstatistische Auswertung**

##### **3.4.2.1 Prüfung der Verfahrensvoraussetzungen**

*Verteilungsvoraussetzungen.* Cohen, Cohen, West und Aiken (2003, S. 41ff) machten deutlich, dass zur Berechnung von Korrelation und Regression, wie sie in der hier vorliegenden Arbeit vorgenommen werden, grundsätzlich keine Verteilungsannahmen – wie beispielsweise etwa die Annahme einer Normalverteilung der Variablen - erfüllt sein müssen, wenn man die Ergebnisse zunächst lediglich bezüglich der jeweiligen Stichprobe interpretiert. Möchte man von der untersuchten Stichprobe – hier von 80 vollstationären psychosomatischen Patienten - auf eine Grundgesamtheit schließen – im Falle der vorliegenden Studie auf die Grundgesamtheit der vollstationären psychosomatischen Patienten, ist die Erfüllung einiger Verfahrensvoraussetzungen sinnvoll. Diese

Verfahrensvoraussetzungen werden im Folgenden dargestellt. Die gewählten Verfahren Korrelation und Regression zeigen sich jedoch auch bei Abweichungen von den Verteilungsvoraussetzungen als robust. Cohen et al. (2003) führen dazu aus:

It is clear that no assumptions are necessary for the computation of correlation, regression and other associated coefficients or their interpretations when they are used to describe the available sample data. [...] As in most circumstances in which statistics are used inferentially, the addition of certain assumptions about the characteristics of the population substantially increases the useful inferences that can be drawn. Fortunately, these statistics are *robust*; that is, moderate departure from these assumptions will usually result in little error of inference (S. 41).

*Voraussetzungen der Pearson-Korrelationen.* Voraussetzung für die Pearson-Korrelation sind im Wesentlichen drei Merkmale: Zunächst muss ein linearer Zusammenhang zwischen X und Y bestehen (Bortz, 2005, S. 206) bzw. eventuelle kurvilineare Anteile können nicht erfasst werden. Dann müssen X und Y aus einer kontinuierlichen Verteilung mit finiten, also endlichen Varianzen stammen. Beide Voraussetzungen treffen beim vorliegenden Datensatz zu: Zur Linearitätsannahme - der ersten Voraussetzung - siehe die entsprechenden Ausführungen unten. Alle Variablen dieser Studie stammen zudem aus einer kontinuierlichen Verteilung – der zweiten Voraussetzung - und sind intervallskaliert. Lediglich die Variable Geschlecht (dichotom nominal) und Rentenwunsch (ebenfalls dichotom nominal) stammen nicht aus einer kontinuierlichen Verteilung. Hier wurde deshalb jeweils die *punkt-biserale Korrelation  $r_{pb}$*  (siehe Kap. 3.4.2.2) berechnet.

Drittens muss, um zu testen, ob sich die Korrelationen signifikant von null unterscheiden, eine Form der Normalverteilung angenommen werden – nämlich, dass die Abweichungen von Y von der Geraden, welche den Zusammenhang zwischen X und Y beschreibt, normalverteilt sind. Cohen et al. (2003) dazu:

The residuals („errors“) from the mean value of Y for each value of X are assumed to be normally distributed in the population, with equal variances across the full range of X values. It should be noted that no assumptions about the shape of the distribution of X and the total distribution of Y per se are necessary, and that, of course, the assumptions are made about the population and not about the sample (S.42).

In der vorliegenden Studie wurde die Normalverteilung der Abweichungen von Y von der Korrelationsgeraden durch eine graphische Darstellung der standardisierten Residuen geprüft (Residualanalyse mit Residualplots, siehe Bortz, 2005, S. 216). Bei den Residualplots wurden die entsprechenden, später im Regressionsmodell Kriteriumsvariablen genannten Variablen, z.B. die kompetenzorientierte Selbstdarstellung, auf die x-Achse und die standardisierten Residuen  $e = (y - \hat{y}) / \hat{\sigma}(y|x)$ , z.B. Neurotizismus (Big Five), auf der y-Achse dargestellt.  $\hat{y}$  entspricht hierbei dem geschätzten y-Wert. Laut Bortz (2005) sieht ein Residualplot idealerweise wie folgt aus: „Die Residuen schwanken unsystematisch um die Nulllinie. Sie sind im mittleren x-Bereich dichter verteilt als in den Randbereichen [...].“ (S.216). Dies wurde im vorliegenden Datensatz geprüft.

Ein linearer Zusammenhang dieser Variablen auf der x-Achse (sieben Selbstdarstellungskategorien, im Regressionsmodell später Kriteriumsvariablen genannt) und der Variablen auf der y-Achse (soziodemographische, persönlichkeitsbezogene, motivations- und anreizbezogene sowie störungsbezogene Merkmale, im Regressionsmodell später Vorhersage- oder Prädiktorvariablen genannt) kann ebenfalls über die graphische Darstellung im Residualplot geprüft werden. Dies geschieht ebenfalls, in dem geprüft wird, ob die Punkte im beschriebenen Residualplot nah an der Nulllinie sind, und nicht z.B. ähnlich einer Kurve verteilt sind, was auf einen nichtlinearen Zusammenhang schließen lassen würde. Auch dies wurde im vorliegenden Datensatz untersucht. Die Linearitätsannahme erscheint damit als erfüllt.

Schließlich zeigt der Residualplot auch *Ausreißer* (Outliers). Im vorliegenden Datensatz kamen kaum Ausreißer vor. Extremere Merkmalsausprägungen kamen nur in den Selbstdarstellungskategorien, nicht in den Fragebögendaten vor. Zum Beispiel zeigt sich im Residualplot ein Ausreißer zwischen STADI-Trait-Globalwert (Trait-Angst und –Depressivität, Gesamtscore) und besonders hohen Ratings in der aktiv-lösungsorientierter Selbstdarstellung. Bei einer Analyse des Videomaterials zeigt sich jedoch, dass die hohen Ratingwerte tatsächlich auf erhöhte Selbstdarstellungsanteile in dieser Kategorie und nicht auf beispielsweise Schreibfehler zurückzuführen waren.

Abschließend ist zu den Voraussetzungen der Pearson-Korrelation anzumerken, dass selbst wenn die Normalverteilung der Abweichungen (Residuen) nicht oder nicht vollständig zutrifft, der Pearson Korrelationskoeffizient weiterhin berechnet werden kann, und zwar aus folgenden Gründen: Erstens aufgrund des zentralen Grenzwertsatzes, denn sobald eine angemessene Stichprobengröße ( $n > 25$ ) erreicht ist, wird in der Stichprobe auch eine Normalverteilung der Abweichungen vorliegen, auch wenn das Merkmal in der zugrunde liegende Grundgesamtheit nicht normalverteilt ist. Zweitens ist die Pearson-Korrelation sehr robust gegen Abweichungen von der Normalverteilungsvoraussetzungen oder anderen Voraussetzungen (siehe Cohen et al., 2003, S. 41). Wenn die Verteilung der Residuen nämlich dennoch unimodal ist, also die Verteilung nur eine Spitze hat, aber zum Beispiel flacher oder steiler als eine Normalverteilungskurve ist, ist der p-Wert der Pearson-Korrelation weiterhin gut. Beim vorliegenden Datensatz sind die Residuen entweder wie gefordert nah an der Normalverteilungskurve oder die Verteilung ist steiler (rechtsschief) als die Normalverteilungskurve der Residuen, aber weiterhin unimodal. Diese Aussagen über die Verteilung der Residuen zeigten die Histogramme der standardisierten Residuen, wobei zu jedem dieser Balkendiagramme eine ideale Normalverteilungskurve der Residuen zur graphischen Prüfung aufgetragen wurde. Zudem wurden die P-P-Diagramme der standardisierten Residuen geprüft (IBM SPSS Statistics 21).

Auch sind Spearmans rho und Kendalls tau keine echten Alternativen zur Pearson Korrelation, da sie von einem unterschiedlichen Zusammenhang zwischen X und Y ausgehen. Bei der Pearson-Korrelation ist der Zusammenhang wie beschrieben linear („je mehr X, desto mehr Y“), also eine Gerade. Bei Spearmans rho ist der Zusammenhang ordinal. Also selbst wenn die Normal-

verteilungsvoraussetzung nicht erfüllt werden kann, messen Spearmans rho und der Pearson-Korrelationskoeffizient nicht das Gleiche und der Pearson-Koeffizient kann nicht einfach durch den Spearman-Koeffizient ersetzt werden.

*Voraussetzung der Regressionsanalysen (Einschluss und Vorwärts).* Für die Regressionsanalyse gelten nach Cohen et al. (2003, S. 41, S. 86) die gleichen Voraussetzungen wie für die Korrelationsanalyse. Insbesondere gilt die Normalverteilungsvoraussetzung lediglich für die Verteilung der Fehler (E, Residuen) der Regressionsgleichung  $Y=B_0 + B_1 X_1 + B_2 X_2 + \dots + B_p X_p + E$ . Die Variablen Y, X1, X2,... können beliebig verteilt sein. Die graphische Prüfung der Residuen der dargestellten Regressionen erfolgte durch die Funktionen „Histogramm“ und „Normalverteilungsdigramm“ im Datenanalyseprogramm IBM SPSS Statistics 21.

Bezüglich der Anforderungen an das Skalenniveau gilt es bei der multiplen Regressionsanalyse, welche ich innerhalb der hier vorliegenden Studie verwendete, Folgendes zu beachten: Laut Bortz (2005) können bei der multiplen Korrelation und Regression die „Prädiktorvariablen [...] dichotome Nominalskalen oder Intervallskalen sein, und die Kriteriumsvariable ist in der Regel eine Intervallskala“ (S.448). Gleiches berichtet Fields (2009) bezüglich der Voraussetzungen der Regression: „All predictor variables must be quantitative or categorical (with two categories), and the outcome variable must be quantitative, continuous and unbounded“ (S.220). In der vorliegenden Studie sind tatsächlich alle Variablen intervallskaliert - bis auf die nicht-kontinuierlich verteilte soziodemographische Variable Geschlecht (dichotom nominalskaliert) und die Variable Rentwunsch (ebenfalls dichotom nominalskaliert). Weshalb die multiple Regressionsanalyse stets zum Einsatz kommen kann, da neben dichotom nominalskalierten Variablen immer mindestens eine intervallskalierte Variable in die verschiedenen multiplen Regressionsanalysen als Prädiktorvariablen einbezogen wurde. Für ein Anwendungsbeispiel der multiplen Regressionsanalyse mit dichotom-nominalen und intervallskalierten Prädiktoren auf ein intervallskaliertes Kriterium siehe beispielsweise Bender, Ziegler und Lange (2007, S.31f).

Nach Fields (2009, S. 223) sollte bei erwarteten mittleren Effekten mindestens 60 Fälle in die multiple Regressionsanalyse eingeschlossen werden. Bei den im Kapitel 4 vorgestellten Regressionsmodellen konnten, angelehnt an die Empfehlung von Fields, 80 Patienten in die Analyse mit einbezogen werden. Eine Ausnahme bilden hier die Regressionen, die mit dem Zusatz „Unterstichprobe Rentenangabe“ gekennzeichnet sind (n=49).

### 3.4.2.2 Korrelationsanalysen

Korrelationen sind nach Bortz (2005) Maße zur „Kennzeichnung von Zusammenhängen“ (S.204) zwischen zwei oder mehreren Variablen. Sowohl für die Daten der Gesamtstichprobe (N=80) als auch für die der Unterstichprobe Rentenangabe (n=49) wurden, wie in Kapitel 3.4.2.1 beschrieben, *Korrelationen nach Pearson* (Punkt-Moment-Korrelation  $r$ ) bzw. Produkt-Moment-biserale Korrelationen (punkt-biserale Korrelation  $r_{pb}$ ) berechnet. Waren beide Merkmale intervallskaliert (z.B. Neurotizismuswert und Wert in der hilfeschendenden Selbstdarstellung), wurde der Produkt-Moment-Korrelationskoeffizient  $r$  berechnet; bei Korrelationen einer Intervallskala mit einem dichotomen Merkmal (z.B. Geschlecht und Wert in der hilfeschendenden Selbstdarstellung) wurde die punkt-biserale Korrelation  $r_{pb}$  berechnet (siehe Bortz, S.224 f), die laut Bortz (2005, S.224) lediglich eine vereinfachte Form der Korrelationsgleichung darstellt.

Zur Überprüfung, ob das Signifikanzergebnis der Korrelationen ungenau oder verzerrt ist – etwa aufgrund von etwaigen Abweichungen der Verfahrensvoraussetzungen (siehe Kap. 3.4.2.1) – wurde neben dem parametrischen Pearson-Korrelationsmaß auch der *Spearman-Korrelationskoeffizient* (Spearman's  $\rho$ ) als nonparametrisches Korrelationsmaß (siehe Fields, 2009, S.179) im Anhang angegeben. In Kapitel 3.4.2.1 (Verfahrensvoraussetzung Pearson Korrelation) wird jedoch erläutert, dass Spearman's  $\rho$  aufgrund anderer Annahmen über den Zusammenhang zwischen X und Y keine einfache Alternative zum linearen Pearson-Korrelationskoeffizienten darstellt. Die Angaben der Spearman's  $\rho$  sind daher nur ergänzend zu betrachten und werden bei der späteren Interpretation und Diskussion der Zusammenhänge nicht herangezogen. Beide Korrelationskoeffizienten können im Wertebereich von -1 bis +1 liegen. Nach Cohen (1988) gelten Produkt-Moment Korrelationen kleiner .1 als vernachlässigbar, zwischen .1 und .3 als klein, zwischen .3 und .5 als mittel und größer als .5 als groß.

Zur Kontrolle des unerwünschten Einflusses dritter Variablen auf den linearen Zusammenhang zweier Variablen wurden stellenweise zudem *partielle Korrelationsanalysen* durchgeführt. Die partielle Korrelation gibt den Zusammenhang zwischen zwei Variablen an, wobei der Einfluss einer dritten Variablen konstant gehalten wird.

*Ein- und zweiseitige Signifikanztestung.* Bei gerichteten Hypothesen (siehe Bortz, 2005, S.157), also bei Hypothesen zur Depressivität (Hypothese drei, siehe Tab.2-6) und zur Therapiemotivation bzw. zum externem Anreiz (Rentenwunsch, negative subjektive Erwerbsprognose; siehe Hypothese zwei, siehe Tab.2-6), wurde bei den Korrelationsanalysen einseitig auf 5% Signifikanzniveau getestet. Die übrigen Korrelationen (soziodemographische Variablen, Persönlichkeit, weitere Störungsvariablen) wurden auf einem Signifikanzniveau von 5% zweiseitig geprüft, da die Analysen explorativ waren und keine gerichteten Hypothesen bestanden. Neben den auf 0.1% und 5% Signifikanzniveau signifikanten Ergebnisse wurden auch fast signifikante Korrelation ( $.09 > p > .05$ ) im Ergebnisteil in Tabellenform dargestellt.

Aufgrund der  *$\alpha$ -Fehler-Kummulierung*, welche auftritt, „wenn eine `globale` Hypothese anhand mehrerer Signifikantstests überprüft wird“ (Bortz, 2005, S. 271), wurde bei gerichteten Hypothesen (siehe Kap. 2.2), z.B. dem Zusammenhang von Rentenwunsch und Selbstdarstellung, zusätzlich die Signifikanz nach einer  $\alpha$ -Adjustierung zur Kontrolle des multiplen Testproblems angegeben. Das geforderte Signifikanzniveau  $\alpha'$  wurde mit der Bonferroni-Korrektur (siehe Bortz, 2005, S. 272) über  $m$  verschiedene Tests mit folgender Formel berechnet, wobei  $\alpha$  das für die Studie festgelegte Signifikanzniveau von .05 darstellt:

$$\alpha' = \alpha / m.$$

Auf die Bonferroni-Korrektur wurde bei allen explorativen Datenanalysen verzichtet, zu denen keine gerichteten Hypothesen bei der Konzeption der Studie bestanden (siehe Kap. 2.2).

### 3.4.2.3 Mittelwertsvergleiche

Zudem wurden bei signifikanten bzw. fast signifikanten Korrelationen mit dichotomen Merkmalen gegebenenfalls Mittelwertsvergleiche durch *t-Tests für unabhängige Stichproben* durchgeführt (siehe z.B. Kap. 4.3.2, t-Test für unabhängige Stichproben für die Gruppen Frauen und Männer hinsichtlich der hilfeschenden Selbstdarstellung). Der t-Test vergleicht zwei Stichprobenmittelwerte aus unabhängigen Stichproben. Ist er signifikant, so kann die Annahme, beide Stichprobenmittelwerte wären gleich, mit dem gewählten Signifikanzniveau verworfen werden (siehe Bortz, 2005, S.140) und es besteht ein signifikanter Gruppenunterschied. Der t-Test für zwei unabhängige Stichproben entspricht laut Bortz (2005) an dieser Stelle einer Varianzanalyse: „Sind nur 2 Stichproben miteinander zu vergleichen, führen die einfaktoriellen Varianzanalysen und der t-Test für unabhängige Stichproben zu identischen Ergebnissen“ (S.250).

Zur Absicherung der Ergebnisse wurde bei der dichotomen Variable Rentenwunsch innerhalb der Unterstichprobe Rentenangabe (siehe Kap. 4.4.1.2) zusätzlich zum t-Test und alternativ zu den Regressionsanalysen (siehe Kap. 3.4.2.4) auch die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse angegeben, da wie in Kapitel 5.4 beschrieben an dieser Stelle Probleme mit der zeitlichen Abfolge von Prädiktor- und Kriteriumsvariable bezüglich des *am Ende* der Therapie erfassten Variable Rentenwunsch als Prädiktor für die Selbstdarstellung *zum Beginn* der Therapie bestanden.

Um die Relevanz von signifikanten Ergebnissen in der Praxis beurteilen zu können ist es sinnvoll, nicht nur auf die Signifikanz von Mittelwertsunterschieden zu fokussieren, welche stark durch die Stichprobengröße beeinflusst wird, sondern auch die *Effektstärke* zu betrachten. Die Effektstärke, in der vorliegenden Studie wurde Cohens  $d$  berechnet, gibt als standardisiertes Maß - und somit unabhängig vom Stichprobenumfang - die Größe eines Effekts an. Cohen (1988) bezeichnet einen Effekt von  $d \geq 0.2$  als klein,  $d \geq 0.5$  als mittel und  $d \geq 0.8$  als großen Effekt.

#### 3.4.2.4 Regressionsanalysen

Regressionsanalysen sind nach Bortz (2005, S.181ff) Verfahren zur Überprüfung von Zusammenhangshypothesen, wobei – wie in Kapitel 3.4.2.1 in der ersten Verfahrensvoraussetzung bei der Korrelationsanalyse beschrieben – bei der Regressionsanalyse ebenfalls ein linearer Zusammenhang zwischen Prädiktorvariablen und Kriteriumsvariablen vorausgesetzt wird: Beispielsweise der Zusammenhang „je neurotischer der Patient in der Persönlichkeit, umso mehr wird er im Aufnahmegespräch hilfeschende Selbstdarstellung zeigen“ – wobei zwischen Prädiktorvariable (hier: Ausprägung in der Persönlichkeitseigenschaft Neurotizismus) und Kriteriumsvariable (hier: Ausprägung in der hilfeschenden Selbstdarstellung im Aufnahmevideo), trägt man sie auf der x und der y-Achse eines Koordinatensystems auf, der linearer Zusammenhang in Form einer Regressionsgeraden dargestellt werden kann. Univariate oder einfache Regressionsanalysen prüfen den Einfluss einer Prädiktorvariable auf eine abhängige Variable. „Die multiple Regressionsgleichung dient der Vorhersage einer Kriteriumsvariable aufgrund mehrerer Prädiktorvariablen“ (Bortz, 2005, S. 448). In dieser Arbeit wurden überwiegend multiple Regressionsanalysen verwendet.

Hierbei wurden jeweils die Variablen aus folgenden Fragebögen als Vorhersagevariablen geprüft: soziodemographische Daten (Alter, Geschlecht, 2 Variablen), Fragebogen zur Therapiemotivation (FPTM, sieben Variablen), anreizbezogene (Rentenwunsch, subjektive Erwerbsprognose, 2 Variablen), störungsbezogene Variablen Teil eins (Depressivitätsscore BDI-II, Aufenthaltsdauer, Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation, 3 Variablen), störungsbezogene Variablen Teil zwei (Brief Symptom Inventory BSI, zwölf Variablen), persönlichkeitsbezogene Variablen Teil eins (Big Five Fragebogen NEO-FFI, fünf Variablen), persönlichkeitsbezogene Variablen Teil zwei (Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung PSPS, drei Variablen), persönlichkeitsbezogene Variablen Teil drei (Fragebogen Aquisitive und Protektive Selbstüberwachung sowie Persönlichkeitsdarstellung, fünf Variablen) sowie persönlichkeitsbezogene Variablen Teil vier (Soziale Erwünschtheit BIDR, zwei Variablen). Insgesamt wurden somit 41 Prädiktoren auf signifikanten Einfluss auf die Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch getestet.

*Erster Schritt: Multiple Regressionsanalysen (Methode: Einschluss).* Es wurden sowohl für die Daten der Gesamtstichprobe (N=80) als auch für die der Unterstichprobe Rentenangabe (n=49) in einem ersten Schritt multiple lineare Regressionen (Methode: Einschluss,) – blockweise für die oben genannten Vorhersagevariablen bzw. Fragebögen - durchgeführt (siehe Kap.4.4). Die wichtigsten Ergebnisse, hier insbesondere blockweise die erklärten Varianzen der Gesamtmodelle ( $R^2$ ) und deren Signifikanzniveau, finden sich direkt in der Arbeit. Eine Übersicht aller Regressionsergebnisse der Methode „Einschluss“ ist im Anhang abgedruckt. Beispielsweise (siehe Kap. 4.4.1.5, Regression persönlichkeitsbezogener Variablen) entspricht Total  $R^2$  der erklärten Varianz für den Block der hier untersuchten Variablen; z.B. Total  $R^2 = .174$  für den Block der persönlichkeitsbezo-

genen Variablen Teil I, welcher aus den fünf Variablen der Big-Five-Persönlichkeitseigenschaften besteht (hier: erklärte Varianz aus einer multiplen Regressionsanalyse mit 5 Vorhersagevariablen, welche alle ins Modell „gezwungen“ wurden). Durch dieses Vorgehen mit der Methode Einschluss ist eine Gesamtaussage möglich, inwieweit z.B. der Variablenblock „soziodemographische Variablen“ oder der Gesamtfragebogen „Big Five Persönlichkeitseigenschaften“ eine bestimmte Selbstdarstellungskategorie vorhersagt. In der psychotherapeutischen Praxis werden schließlich kaum nur einzelne Unterskalen oder Items von Fragebögen ausgegeben - auch wenn diese entsprechenden Unterskalen alleine die Varianz gut aufklären würden - sondern meist vollständige Fragebögen.

Bei der Methode „Einschluss“ werden alle vorhandenen möglichen Prädiktoren gleichzeitig in ein Vorhersagemodell „gezwungen“ (forced entry). Die Reihenfolge, in welcher die Prädiktoren ins Modell aufgenommen werden, spielt hierbei keine Rolle. Nach Fields (2009, S. 212) ist die Einschlussmethode die adäquate Methode für das Testen von Theorien, da stufenweise Techniken - wie die Vorwärtsmethode welche später beschrieben wird - stark durch zufällige Variationen in den Daten beeinflusst sein können und so selten zu replizierbaren Ergebnissen führen.

Zu beachten ist, dass bei den Fragebögen STADI (State-Angst, State-Depression, Trait-Angst, Trait-Depression, State-Globalwert, Trait-Globalwert) und BSI (Generelle Symptomatik GSI, Beschwerdeanzahl PST, Stress-Index der Beschwerden PSDI) Summenscores und Gesamtscores berechnet werden können, diese sind bei den Korrelationsanalysen (siehe Kap. 4.3) auch aufgeführt. Aus den *Einschluss*-Regressionsanalysen wurden sie aus Gründen der Kollinearität jedoch ausgeschlossen, da dies zu einer unverhältnismäßigen Verzerrung der erklärten Varianzen führen könnte.

*Zweiter Schritt: Multiple Regressionsanalysen (Methode: Vorwärts).* Alle Variablen eines Blocks oder eines psychometrischen Fragebogens wurden in einem zweiten Schritt schließlich mit einer gesonderten multiplen Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts) untersucht. Bei der Methode „Vorwärts“ werden nach Streit (2007), ausgehend von einem leeren Regressionsmodell, nacheinander Prädiktoren in das Modell aufgenommen - wobei der Prädiktor mit der besten Vorhersagekraft als erster aufgenommen wird. Aus den übrigen Prädiktoren wird anschließend jeweils der nächstbeste Prädiktor ausgewählt, d.h. derjenige Prädiktor, der mit der abhängigen Variable am höchsten korreliert. Dies geschieht unter Auspartialisierung des Prädiktors bzw. der Prädiktoren, die bereits ins Modell aufgenommen wurden, um interkorrelierende Vorhersagevariablen zu vermeiden. Es werden stets nur signifikante Prädiktoren ins Regressionsmodell aufgenommen. Die Methode „Vorwärts“ endet, wenn keine weitere signifikante Vorhersagevariable mehr vorhanden ist, die in die Regressionsgleichung aufgenommen werden kann. Ziel dieses Vorgehens ist, im Sinne einer psychologischen Theoriebildung unter der Forscherperspektive zu ermitteln, welche Variablen oder Fragebogenskalen nun tatsächlich signifikant die meiste Kriteriumsvarianz der Selbstdarstellung im Erstgespräch aufklären.

*Dritter Schritt: Multiple Regressionsanalysen (Methode: Stufenweise).* In einem dritten, integrierendem Schritt wurden in Kapitel 4.4.2 unter forschungstheoretischer Perspektive erneut multiple Regressionsanalysen (Methode: Stufenweise) durchgeführt. Hier wurden nur die aus den vorherigen, block- bzw. fragebogenweisen Vorwärts-Regressionsanalysen gewonnenen signifikanten Prädiktoren in die Gesamtmodellbildung aufgenommen, um die Frage beantworten zu können, welche Prädiktoren aus den Bereichen soziodemographische Merkmale, Störung, Motivation und Anreiz sowie Persönlichkeit die sieben Selbstdarstellungskategorien nun tatsächlich in einem gemeinsamen Regressionsmodell pro Selbstdarstellungskategorie maßgeblich vorhersagen. Dieses Gesamtmodell wurde für die Gesamtstichprobe (N=80, ohne Anreizvariablen) durchgeführt. Die Methode „Stufenweise“ ähnelt nach Fields (2006, S.213) stark der Methode „Vorwärts“ - mit dem Unterschied, dass jedes Mal, wenn eine Vorhersagevariable in die Regressionsgleichung aufgenommen wird, überprüft wird, ob bereits ins Modell aufgenommene aber nun überflüssig gewordene Prädiktoren wieder aus dem Regressionsmodell herausgenommen werden können. Bei Einschluss- und Vorwärts-Regressionsanalysen werden im Gegensatz zur stufenweisen Methode einmal ins Modell aufgenommene Variablen nicht mehr aus dem Vorhersagemodell herausgenommen, obwohl sie vielleicht überflüssig geworden sind.

*Vierter Schritt: regressionsanalytische Vorhersage von Therapieerfolg durch Selbstdarstellung.* Abschließend wurden in einem vierten Schritt schließlich mit dem Verfahren der multiplen Regressionsanalyse (Methode: Einschluss, Prädiktorvariablen sind alle sieben Selbstdarstellungskategorien) einerseits, und der univariaten Regressionsanalyse (Prädiktorvariablen sind einzelne Selbstdarstellungskategorien) andererseits, der Therapieerfolg vorhergesagt. Operationalisiert wurde der Therapieerfolg in drei Varianten (siehe Kap.4.5.1): Über die Verbesserung in der Depressivität (BDI-II-Wert), über die Verbesserung in der generellen Symptomatik GSI (BSI-Wert) und über das Therapeutenurteil zum Therapieerfolg. Alle drei Varianten sind Differenzen aus der jeweiligen Messung bei Therapieende minus der Messung bei Therapiebeginn (absoluter Therapieerfolg als Maß). Bei großen positiven Differenzen wurde von einer guten Reduktion der Symptomatik und somit von einem guten Therapieerfolg ausgegangen.

*Fünfter Schritt: regressionsanalytische Vorhersage von Therapieerfolg durch Depressivität und Rentenwunsch.* Als letzter Schritt wurde in Einfachregressionen regressionsanalytisch geprüft, inwieweit ein Rentenwunsch oder die Depressivität bei Therapiebeginn den Therapieerfolg oder -misserfolg vorhersagen kann. Operationalisiert wurde der Therapieerfolg erneut über drei Varianten: mit der Verbesserung in der Depressivität (BDI-II-Wert), mit der Verbesserung in der generellen Symptomatik GSI (BSI-Wert) und mit dem Therapeutenurteil zum Therapieerfolg.

*Umgang mit fehlenden Werten: Multiple Imputation.* Zunächst einmal ist anzumerken, dass fehlende Werte nicht die Videodaten oder soziodemographische Variablen betreffen. Diese Datensätze sind vollständig. Selten, durch eine Analyse der fehlenden Werte ermittelter Prozentsatz von 6.2% missing data, kamen in den Fragebogenbatterien einzelne fehlende Werte vor, welche durch das Verfahren Multiple Imputation nach Baltès-Götz (2013, S. 22) ersetzt wurden. Die Gesamtzusammenfassung fehlender Werte ergab bei der Fragebogenbatterie, dass von 80 Fällen 40 Fälle komplett waren und von den insgesamt beteiligten 18.004 Werten 93.8% vollständige Werte, und 6.2% (siehe oben) fehlende Werte waren. Die fehlenden Werte zeigten keine Systematik. Einige Probanden hatten vereinzelt Items nicht beantwortet (eventuell übersehen), zwei Patienten hatten bei der Fragebogenbatterie kaum etwas ausgefüllt. Einzig lässt sich bezüglich einer möglichen Systematik fehlender Werte feststellen, dass häufiger als alle anderen Fragebogendaten der STADI-State (Angst und Depression als Zustand) fehlte, und zwar in 8 von 80 Fällen. Dies hängt vermutlich damit zusammen, dass der STADI-State unmittelbar vor dem Aufnahmegespräch separat von der Fragebogenbatterie vom Therapeuten ausgegeben werden musste und so leicht vergessen werden konnte. Nun zum Verfahren des Umgangs mit fehlenden Werten durch das Verfahren multiple Imputation, welches He (2010) zusammenfassend wie folgt beschreibt:

It involves creating more than 2 set of replacements for the missing values based on plausible models for data, therefore generating multiple completed datasets for analysis [...] (S.100).

Bei diesem Verfahren werden also mehr als zwei Ersetzungen der fehlenden Werte im Datensatz vorgenommen, indem nacheinander mehrere Schätzwerte gebildet werden (siehe He, 2010, S.100). He (2010) führt dazu weiter aus: „[...] whereas the imputation uncertainty is reflected by the variation across the multiple completed datasets“ (S.100). Die Schätzwerte der gesuchten Parameter, z.B. Mittelwerte oder Korrelationen der  $n$  verschiedenen generierten Imputationsdatensätze werden häufig in einem letzten Schritt gemittelt (Pooling). Durch die gemittelten Schätzer zu jedem Parameter erhält man so die gesuchten Punktschätzungen. In der vorliegenden Studie wurden 5 Imputationen durchgeführt, was den Voreinstellungen des Programms IBM SPSS Statistics 21 entspricht.

Fehlende (Roh-) Daten waren in der Fragebogenbatterie der vorliegenden Studie selten, wie bereits beschrieben, und wurden bei allen Fragebögen imputiert – nicht jedoch beim Fragebogen „Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose“ nach Löffler et al. (2008). Hier ist bei 31 von 80 nicht ausgefüllten, bzw. aus beispielsweise bereits bestehender Rentensituation nicht auszuwertenden Fragebögen (siehe Stichprobenselektion der Studie, Abb.3-1) das Verfahren der multiplen Imputation nicht sinnvoll, da zu viele Datensätze ungültig waren, fehlten oder das Nichtbeantworten des Fragebogens bei den jeweiligen Patienten nicht zufällig geschah. Die Patienten, die diesen Fragebogen ausfüllten ( $n=49$ ) bilden daher die Unterstichprobe „Rentenangabe“ mit gesonderten Analysen bezüglich des externen Anreizes. Hier wurden jeweils die nicht imputierten Originaldaten berichtet.

Alle BDI-II-Werte bei Aufnahme und Entlassung sowie alle BSI-Werte bei Aufnahme mussten nicht imputiert werden, da sie aus der klinikinternen Basisdokumentation vollständig vorlagen. Ebenso musste bei den Selbstdarstellungsratings der Therapievideos nicht imputiert werden, diese lagen ebenfalls vollständig vor.

Bei imputierten Daten unterstützt SPSS in der verwendeten Version (IBM SPSS Statistics 21) nur einige Parameter bezüglich der gewünschten kombinierten Ergebnisse (Pooling). Da die erklärten Varianzen noch nicht von SPSS für den kombinierten Datensatz berechnet werden können, wurde händisch die gemittelte erklärte Varianz  $\bar{R}^2$  aus den fünf erklärten Varianzen  $R^2$  der fünf Imputationsnummern berechnet. Bei entsprechenden Regressionsmodellen ist zudem der Anteil fehlender Information bezüglich der Imputationsmodelle angegeben.

### 3.4.3 Beobachterübereinstimmung

Für die Beobachterübereinstimmung wurden 20% des Videomaterials ( $n=16$ ) durch einen zweiten Beobachter anhand der sieben selbstdarstellungsbezogenen Oberpläne eingeschätzt. Beobachter eins ist eine Diplom-Psychologin und approbierte Psychotherapeutin (die Autorin dieser Studie), Beobachter zwei (Co-Rater) ist eine Master-Psychologin ohne therapeutische Approbation. Die Videos für die Beobachterübereinstimmung wurden zufällig ausgewählt. Die Prüfung der Beobachterübereinstimmung erfolgt nach Krohne und Hock (2007, S. 270) mit aggregierten Werten. Für jede Person wurden hierfür die Auftretenshäufigkeiten der Selbstdarstellungseinheiten in den sieben Selbstdarstellungskategorien aufsummiert (absolute Häufigkeiten). So kann die Beobachterübereinstimmung für jede der sieben Selbstdarstellungskategorien getrennt beurteilt werden, da jede der sieben Selbstdarstellungskategorien ja für ein anderes selbstdarstellungsbezogenes Interaktionsziel steht, z.B. klagend (Kategorie fünf) oder noch kompetent (Kategorie eins) erscheinen zu wollen. Die Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch soll schließlich auch (siehe Hypothesen, Tab.2-6) auf Unterschiede in diesen sieben übergeordneten selbstdarstellungsbezogenen Oberplänen untersucht werden. Eine Beobachterübereinstimmung für die 33 selbstdarstellungsbezogenen Unterpläne zu errechnen erscheint nicht sinnvoll, da bei einer so hohen Kategorienanzahl keine reliable Differenzierung der Kategorien möglich erscheint (siehe auch kritische Diskussion der Gesamtkonzeption dieser Studie, Kap. 5.4.).

*Pearson-Korrelation.* Zunächst wird die Pearson-Korrelation angegeben (siehe Wirtz und Caspar, S. 44), welche einen Wert zwischen -1 und +1 annehmen kann. Nach Cohen (1988) gelten Produkt-Moment Korrelationen kleiner .1 als vernachlässigbar, zwischen .1 und .3 als klein, zwischen .3 und .5 als mittel und größer als .5 als groß. Diese Richtlinie für die Beurteilung der Stärke der Korrelation - die Übereinstimmung der Einschätzungen des Raters mit denen des Co-Raters - kann jedoch nicht für den Pearson-Koeffizienten als Maß der Beobachterübereinstimmung gelten, hier

sollten bei guter Beurteilerübereinstimmung höhere Korrelationskoeffizienten vorliegen (siehe unten). Ein Nachteil des Produkt-Moment-Korrelations-Koeffizienten  $r$  nach Pearson ist, dass dieser kein zufallskorrigiertes Maß darstellt. Bei Angabe der Pearson-Korrelation als nicht zufallskorrigiertes Assoziationsmaß ist nicht klar, „in welchem Maß der gemessene Wert größer ist als er bei rein zufälligem Beurteilungsverhalten sein müsste. Wie viele Zufallsübereinstimmungen zu erwarten sind, hängt von der Anzahl der Kategorien und der Rater sowie der Häufigkeit, mit der die einzelnen Kategorien gewählt werden, ab.“ (Wirtz & Caspar, 2002, S.50). Daher kann es bei alleiniger Betrachtung des Pearson-Assoziationsmaßes zu einer Überschätzung der Beobachterübereinstimmung kommen. Cohens Kappa wäre laut Wirtz und Caspar (2002, S.55) ein solches zufallskorrigiertes Maß. Kappa wurde für die folgende Studie aber nicht herangezogen, da Kappa als Maß der Beobachterübereinstimmung in der Literatur „nahezu ausschließlich [...] als zufallskorrigiertes Übereinstimmungsmaß für Nominaldaten herangezogen und diskutiert [wird]“ (Wirtz & Caspar, 2002, S.56). In der vorliegenden Studie handelt es sich aber überwiegend um intervallskalierte Daten. Beispielsweise misst Kappa die Übereinstimmung der Experteneinschätzung einer Störung als „psychisch bedingt“ oder „organisch bedingt“.

*Inter-Class-Correlation (ICC)*. Im Rahmen dieser Arbeit wird als Alternative zur Pearson-Korrelation stattdessen ein zweites Übereinstimmungsmaß für intervallskalierte Daten, der Inter-Class-Correlation-Koeffizient (Wirtz & Caspar, 2002, S. 44, S. 157ff) angegeben. Die Intra-Klassen-Korrelation (*Inter-Class-Correlation, ICC*) zur Prüfung der Beobachterübereinstimmung ist sensitiv gegenüber möglicher Mittelwertsunterschiede in den Kategorien (siehe Krohne & Hock, 2007, S. 270). Nach Bühl (2008) ist der ICC ein Zusammenhangsmaß mit Werten zwischen -1 und +1. Bühl (2008) erläutert:

„[Der ICC-Koeffizient] [...] ist dann zu verwenden, wenn die Übereinstimmung zweier Variablen nicht wie bei den bisher betrachteten Korrelationskoeffizienten nur bezüglich ihrer Richtung („je größer die eine, desto größer die andere“) gemessen werden soll, sondern auch bezüglich des mittleren Niveaus der beiden Variablen. So ist die Berechnung des ICC nur dann sinnvoll, wenn beide Variablen gleiche Maßeinheiten haben. Diese Situation liegt üblicherweise dann vor, wenn eine Größe auf zwei verschiedene Arten beurteilt werden soll (S.355).

Diese Voraussetzungen sind beim vorliegenden Datensatz erfüllt. Nach Wirtz und Caspar (2002) lässt sich das Realibilitätsmaß ICC wie folgt interpretieren: Die Interrater-Korrelation ICC ist ein Maß für „den Anteil der Varianz aller Ratingwerte ( $x_{ij}$ ), der durch die wahren Werte der Personen  $\mu_i$  erklärt werden kann“ (S.190). Im vorliegenden Datensatz wurde mit der *justierten* Schätzung (Consistency) gerechnet. Hierbei werden die Mittelwertsunterschiede zwischen den zwei Beobachtern (z.B. ein milder und ein strenger Beurteiler) aus der Fehlervarianz herausgerechnet. Wirtz und Caspar (2002) führen dazu aus:

Der justierte ICC kann auch dann hohe Werte annehmen, wenn lediglich eine hohe Korrelation der von den Ratern vergebenen Werte vorliegt. Damit eine hohe ICC gemessen wird,

muss die relative Position der Messwerte zum Mittelwert der Rater ähnlich sein. Das heißt, dass Werte für jede Person von allen Ratern als ähnlichweit über bzw. unter dem raterspezifischen Durchschnitt der Stichprobe liegend eingeschätzt wurden (S.189).

Da jeder Fall von jedem Rater eingeschätzt wurde und es nur zwei Rater gab, also die Rater nicht zufällig ausgewählt wurden, wurde eine Two-way-mixed-Analyse mit SPSS durchgeführt.

*Phi-Koeffizient.* In den Kapiteln 3.3.3.1 wurde zudem explorativ der *Phi-Koeffizient* zur Ermittlung der Übereinstimmung der Patienten- und Therapeutenurteile in der Frage nach dem Rentenwunsch angegeben, um einschätzen zu können, inwieweit Psychotherapeuten über einen vom Patienten im Fragebogen angegebenen Rentenwunsch am Ende der Behandlung tatsächlich Bescheid wissen. Der Phi-Koeffizient ist ein mit dem Produkt-Moment-Korrelationskoeffizienten nach Pearson identisches, standardisiertes Korrelationsmaß für zwei dichotome Variablen (siehe Bortz, 2005, S. 227).

*Güte der Beurteilerübereinstimmungsmaße.* Bei der Frage, wie hoch ein Übereinstimmungsmaß zwischen zwei Ratern sein muss, um als gering, mittelhoch oder hoch zu gelten, stellen Wirtz und Caspar (2002) fest, dass es keine allgemeingültigen Richtlinien für die Güte von Übereinstimmungsmaßen gibt. Die Autoren führen dazu aus:

Wie bereits oben beschrieben wurde, ist die Höhe der Zuverlässigkeitsmaße von einer Vielzahl von Faktoren [...] abhängig, die für die jeweilige Studie charakteristisch sind. Für jede Untersuchung sollte deshalb entweder aufgrund inhaltlicher Überlegungen oder aber aufgrund der Ergebnisse aus vergleichbaren Studien ein kritischer Wert festgelegt werden (S.25).

Zu beachten ist bei der Studie für dieses Dissertationsprojekt, dass die Rater die komplexe Aufgabe haben, aus einem großen verbalen und nonverbalen Verhaltensstrom im Video, der zusätzlich noch durch enge Interaktion mit dem Therapeuten gekennzeichnet ist, spontan geäußerte, relevante und einem selbstdarstellungsbezogenen Oberplan zugeordnete Verhaltenseinheiten zu identifizieren und zu quantifizieren. Die Komplexität des Materials legt nahe, dass eine (fast) hundertprozentige Übereinstimmung zwischen den Ratern schwer zu erreichen sein wird. Als Richtlinie für die Beurteilung der Raterreliabilität orientiert sich die vorliegende Studie an der in der Literatur angegebenen Faustregel für das Übereinstimmungsmaß Kappa, wobei  $Kappa > .75$  als Indikator für eine sehr gute Übereinstimmung und Kappa zwischen  $.6$  und  $.75$  als Indikator für eine gute Übereinstimmung angesehen werden kann. Alle Übereinstimmungsindizes zwischen  $0.4$  und  $0.6$  gelten als akzeptable Übereinstimmung (Fleiss & Cohen, 1973, nach Wirtz & Caspar, 2002, S.59). Einige Autoren empfehlen jedoch strengere Richtlinien zur Beurteilung von Beobachterübereinstimmungen und „empfehlen erst dann von zufrieden stellender Übereinstimmung auszugehen, wenn  $Kappa > .70$  beziehungsweise  $.75$  gilt“ (Bakeman & Gottman, 1986, und Frick & Semmel, 1978, zitiert nach Wirtz & Caspar, 2002, S.59).

## 4 ERGEBNISSE

In den kommenden Kapiteln werden die Ergebnisse der Studie dargestellt. Zum besseren Verständnis und zur Vorbereitung der Diskussion der fünf Hypothesen dieser Videostudie in Kapitel 5 erfolgt jeweils direkt im Anschluss an die Ergebnisdarstellung eine kurze, datennahe Interpretation.

#### 4.1 Ergebnisse in der Beobachterübereinstimmung

Tabelle 4-1 zeigt die Beobachterübereinstimmung mit dem Korrelationskoeffizienten nach Pearson. Die Ratings der Kategorien II. klagende Selbstdarstellung ( $r=.77$ ,  $p<.001$ ), IV. externalisierungsorientierte Selbstdarstellung ( $r=.81$ ,  $p<.001$ ), V. hilfeschende Selbstdarstellung ( $r=.82$ ,  $p<.001$ ), VI. aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung ( $r=.86$ ,  $p<.001$ ) und VII. vermeidungsorientierte Selbstdarstellung ( $r=.87$ ,  $p<.001$ ) zeigen sehr hohe Werte in der Beobachterübereinstimmung. Die Raterübereinstimmung der Kategorie III. freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung ( $r=.65$ ,  $p<.05$ ) ist hoch, die Übereinstimmung in der Kategorie I. kompetenzorientierte Selbstdarstellung ( $r=.59$ ,  $p<.05$ ) ist noch hoch – an der Grenze zu einer akzeptablen Übereinstimmung.

Tabelle 4-1: Beobachterübereinstimmung Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson ( $N=16$ )

| Produkt-Moment-Korrelation                      |              |              |              |              |              |              |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Selbstdarstellungskategorien Rater und Co-Rater |              |              |              |              |              |              |
| I +   | II +         | III +        | IV +         | V +          | VI +         | VII +        |
| Co-I  | Co-II        | Co-III       | Co-IV        | Co-V         | Co-VI        | Co-VII       |
| .59*  | .77**        | .65*         | .81**        | .82**        | .86**        | .87**        |
| ( $p=.016$ )                                    | ( $p=.001$ ) | ( $p=.006$ ) | ( $p=.000$ ) | ( $p=.000$ ) | ( $p=.000$ ) | ( $p=.000$ ) |

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant; \*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .001 (2-seitig) signifikant; Co-X: Rating des Co-Raters in Selbstdarstellungskategorie X  
 Selbstdarstellungskategorien: I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung, II.klagende Selbstdarstellung, III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung, IV.externalisierungsorientierte Selbstdarstellung, V.hilfesuchende Selbstdarstellung, VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung, VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung

In Tabelle 4-2 werden die justierten Korrelationen innerhalb der Klasse ( $ICC_{just}$ ) bezüglich der einzelnen Ratingwerte („Einzelne Maße“) sowie deren F- und p-Werte angegeben. Die II.klagende Selbstdarstellung ( $ICC_{just}=.75$ ;  $F=7.10$ ,  $p<.05$ ), die IV.externalisierungsorientierte Selbstdarstellung ( $ICC_{just}=.81$ ;  $F=9.34$ ,  $p<.001$ ), die V.hilfesuchende Selbstdarstellung ( $ICC_{just}=.80$ ;  $F=8.91$ ,  $p<.001$ ), die VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung ( $ICC_{just}=.86$ ;  $F=12.74$ ,  $p<.001$ ) und die VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung ( $ICC_{just}=.78$ ;  $F=8.00$ ,  $p<.001$ ) zeigen sehr gute Wer-

te in der Beobachterübereinstimmung. Die Beurteilerübereinstimmung in einer Selbstdarstellungskategorie, der III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung ( $ICC_{just} = .61$ ;  $F=4.14$ ,  $p<.05$ ) ist noch gut ausgeprägt. Die Beurteilerübereinstimmung in Kategorie I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung ( $ICC_{just} = .59$ ;  $F=3.89$ ,  $p = n.s.$ ) ist ebenfalls noch gut – an der Grenze zu einer akzeptablen Übereinstimmung.

Tabelle 4-2: Beobachterübereinstimmung durch ICC Intra-Class-Correlations, justiert ( $n=16$ ),  $df=15$

| Übereinstimmung in Selbstdarstellungskategorie  | Korrelation innerhalb der Klasse ( $ICC_{just}$ ) | F     | p      |
|---|---|-------|--------|
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>                |   |       |        |
| Einzelne Maße                                   | .59   | 3.89  | .006*  |
| <b>II.klagende SD</b>                           |   |       |        |
| Einzelne Maße                                   | .75   | 7.10  | .000** |
| <b>III. freundlich-beziehungsorientierte SD</b> |   |       |        |
| Einzelne Maße                                   | .61   | 4.14  | .005*  |
| <b>IV.externalisierungsorientierte SD</b>       |   |       |        |
| Einzelne Maße                                   | .81   | 9.34  | .000** |
| <b>V. hilfesuchende Selbstdarstellung SD</b>    |   |       |        |
| Einzelne Maße                                   | .80   | 8.91  | .000** |
| <b>VI.aktiv-lösungsorientierte SD</b>           |   |       |        |
| Einzelne Maße                                   | .86   | 12.74 | .000** |
| <b>VII. vermeidungsorientierte SD</b>           |   |       |        |
| Einzelne Maße                                   | .78   | 8.00  | .000** |

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant; \*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .001 (2-seitig) signifikant

*Datennahe Interpretation:* Die Selbstdarstellungskategorien II, IV, V, VI und VII zeigen über beide Übereinstimmungsmaße eine sehr gute Interrater-Reliabilitäten. Die Ergebnisse der Korrelationen und Regressionen relevanter Variablen mit diesen fünf Selbstdarstellungskategorien können daher uneingeschränkt interpretiert werden. Die Ergebnisse in der Beobachterübereinstimmung in Selbstdarstellungskategorie drei sind über beide Übereinstimmungsmaße noch gut, Ergebnisse aus Berechnungen mit Kategorie drei können somit weitgehend uneingeschränkt interpretiert werden. Aussagen über Ergebnisse und Korrelationen bezüglich der ersten Selbstdarstellungskategorie erscheinen aufgrund der in beiden Übereinstimmungsmaßen noch guten – mit Tendenz zur akzeptablen Beobachterübereinstimmung ebenfalls als noch weitgehend uneingeschränkt interpretierbar. Diese geringere Übereinstimmung in der Kategorie I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung lässt sich vermutlich teilweise über die geringe Ratinghäufigkeit in Kategorie eins (1.18 Mal pro Aufnahmesitzung, siehe Tab.4-3) erklären.

Aufgrund der Tatsache, dass der Haupt-Rater dieser Studie eine Diplom-Psychologin und approbierte Psychotherapeutin mit relevanter klinischer Erfahrung ist und der Co-Rater eine Master-Psychologin ohne therapeutische Approbation, erscheint es auch möglich, dass eine stellenweise geringe Übereinstimmung bei beiden Ratern in den sieben Ratingkategorien auch damit zu tun hat, dass es dem Co-Rater schwerer als dem Haupt-Rater fiel, patientische Selbstdarstellung von der reinen Symptomabfrage abzugrenzen. Im Video-Ratertraining zeigte sich, dass der Co-Rater eher zu häufig Antworten der Patienten auf Nachfragen des Therapeuten zu Symptomen als spontane Selbstdarstellungseinheiten wertete. Zudem ist es, wie in Kapitel 6. erwähnt, eine sehr komplexe Aufgabe, aus dem großen verbalen und nonverbalen Verhaltensstrom im Video einzelne Selbstdarstellungseinheiten zu identifizieren, was wie beschrieben eine Beobachterübereinstimmung nahe 100 Prozent unwahrscheinlich macht.

Insgesamt ist die Beobachterübereinstimmung aus Sicht der Autorin als gut einzuschätzen.

## 4.2 Ergebnisse in der Fragebogenbatterie

### 4.2.1 Ergebnisse: Skalen zu Anreiz und Therapiemotivation

Abbildung 4-1 beschreibt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalenmittelwerte der Stichprobe im Fragebogen zur Therapiemotivation (FPTM) bei Aufnahme (Rohwerte). Im Mittel scorten die Patienten bezüglich der Skala Psychischer Leidensdruck ( $M=3.3$ ,  $SD=.5$ ) ähnlich hoch wie bei der Skala Hoffnung ( $M=3.4$ ,  $SD=.4$ ). Der Mittelwert der Skala Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit lag bei 1.9 ( $SD=.7$ ), der Mittelwert der Skala Wissen lag bei 3.1 ( $SD=.6$ ). Auf der Skala Initiative erreichten die Patienten einen Mittelwert von 3.3 ( $SD=.9$ ), auf der Skala Symptombezogene Zuwendung anderer lag der durchschnittliche Wert bei 2.4 ( $SD=.9$ ).

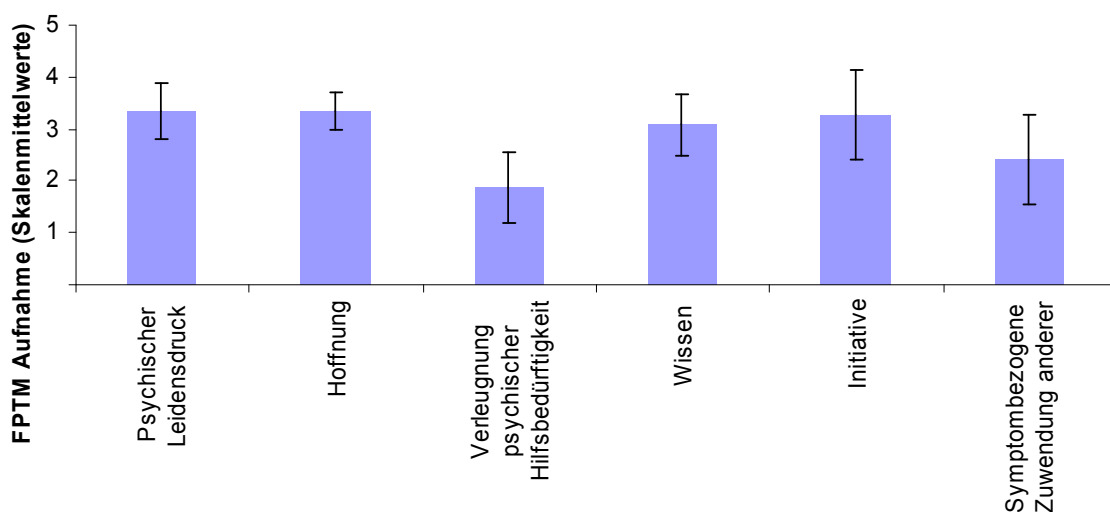


Abbildung 4-1: Fragebogen zur Therapiemotivation bei Aufnahme ( $M/SD$ ,  $n=72$ )

Selbsteinschätzung der Patienten im Fragebogen zur Therapiemotivation (FPTM) bei Aufnahme. Mittelwerte und Standardabweichungen der Skalenmittelwerte (Rohwerte).

*Datennahe Interpretation:* Verglichen mit der vorläufigen klinischen Normstichprobe (n=840) nach Nübling et al. (2006) entspricht der Wert für Psychischen Leidensdruck einem durchschnittlichem T-Wert (T=50), ähnlich der Wert für Hoffnung (T=53). Bezüglich der Verleugnung psychischer Hilfsbedürftigkeit liegt der durchschnittliche T-Wert in der vorliegenden Studienstichprobe bei 51, bei der Skala Wissen liegt der T-Wert bei 54. Der T-Wert der Skala Initiative ist durchschnittlich (T=51), der T-Wert für Symptombezogene Zuwendung anderer liegt bei 54.

Somit erreichten die Patienten der vorliegenden Studie im Fragebogen für Therapiemotivation FPTM durchgehend durchschnittliche Werte.

#### 4.2.2 Ergebnisse: Störungsbezogene Skalen

*Depressivität (Becks Depressions-Inventar Revision, BDI-II).* Abbildung 4-2 zeigt die Schweregradeinteilung der Patienten im Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II) im Selbsturteil. Laut BDI-Wert zeigten nur 3.7 % keine Depression. Bei 12.3% war von einer minimalen Depression auszugehen, bei 18.5% von einer leichten Depression. 21.0% scorten mittelschwer, 43.2% wurden als schwer depressiv bei Aufnahme eingestuft. Ab einem BDI-II-Wert von größer gleich 20 Punkten (ab „mittelschwere Depressivität“) ist von einer klinisch relevanten depressiven Symptomatik auszugehen. Dieses Kriterium erfüllten somit 63.2 % der teilnehmenden Patienten - auch wenn aufgrund des BDI-II Scores natürlich noch keine Diagnose vergeben werden kann (siehe Kap. 3.2.1.2).

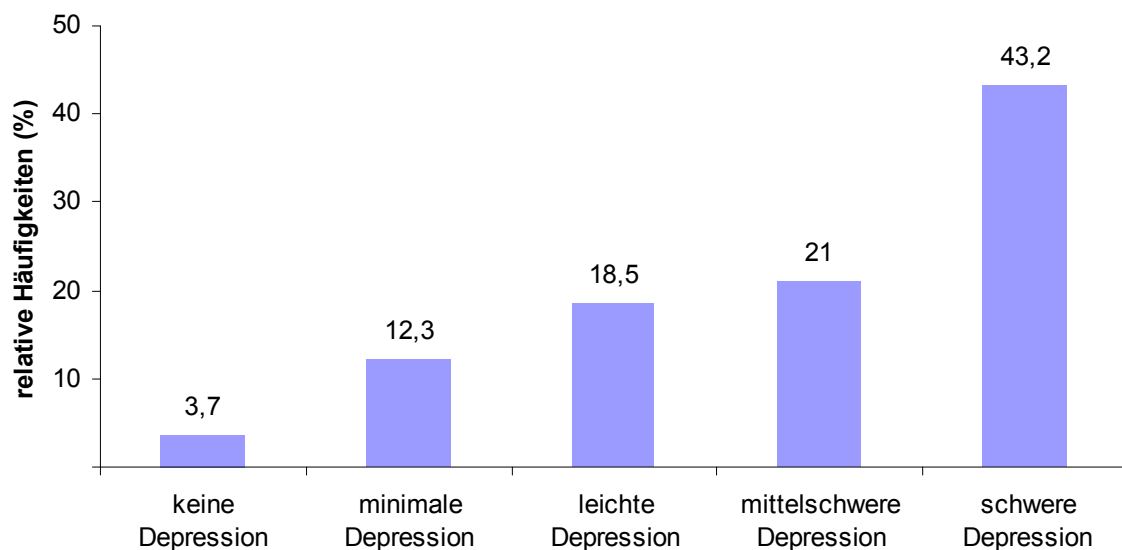


Abbildung 4-2: Beck Depressions-Inventar Revision bei Aufnahme (N=80)

Selbsteinschätzung der Patienten im Beck Depressions-Inventar Revision (BDI-II) bei Aufnahme. Relative Häufigkeiten der fünf Schweregradeinteilungen depressiver Symptomatik.

Wie bei der Charakterisierung der Studienstichprobe (siehe Kap.3.1) beschrieben, lag der Mittelwert im BDI-II-Score in der vorliegenden Stichprobe bei 26.2 (SD=11.7), was einer mittelschweren Symptomatik mit Tendenz zu einer schwergradigen Symptomatik entspricht.

*Datennahe Interpretation:* Die 80 Patienten der vorliegenden Stichprobe waren somit durchschnittlich mittel- bis schwergradig depressiv – was bei Patienten, die der Behandlung in einem vollstationären Setting bedürfen, zu erwarten war.

*Symptomatik (Brief Symptom Inventory, BSI).* Abbildung 4-3 stellt die T-Werte der Patienten im Brief Symptom Inventory (BSI) bei Aufnahme dar. Werte ab einem T-Wert von 63 gelten laut Testmanual als klinisch auffällig (siehe Franke, 2000). Auf der Skala Somatisierung scorten die Patienten bei Aufnahme durchschnittlich mit einem T-Wert von 62.3 (SD 13.6), bei Zwanghaftigkeit 64.6 (13.5), bei Sozialer Unsicherheit 64.5 (SD=14.3), bei Depressivität 66.8 (SD=13.3), bei Ängstlichkeit 66.5 (SD=13.9), bei Aggressivität/Feindseligkeit 60.8 (SD=12.9), bei Phobischer Angst 61.8 (SD=15.0), bei Misstrauischem Denkstil 62.3 (SD=13.3) und bei Entfremdungserleben 64.1 (SD=13.8). Die durchschnittlichen T-Werte bei der Skala Generelle Symptomatik GSI lagen bei 69.2 (SD=13.4), bei Beschwerdeanzahl PST bei 67.7 (SD=13.4) und auf der Skala Stress-Index der Beschwerden PSDI erreichten die Patienten dieser Studie einen Mittelwert von 65.3 (SD=12.5).

*Datennahe Interpretation:* Bis auf die Skalen Somatisierung, Aggressivität/Feindseligkeit, Phobische Angst, und misstrauischer Denkstil lagen somit alle Skalenwerte im Mittel im klinisch auffälligen Bereich, was für eine generell hohe Symptombelastung in dieser Stichprobe spricht. Die Mittelwerte in diesen vier Skalen lagen jedoch ebenfalls alle über 60 und somit nah an der Grenze von 63 für klinisch auffällige Werte.

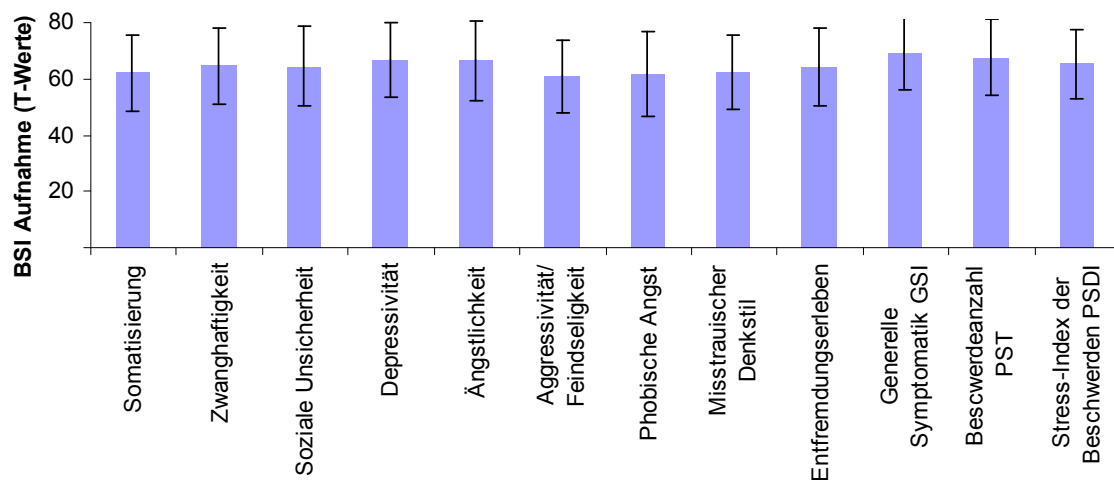


Abbildung 4-3: Brief Symptom Inventory bei Aufnahme (M/SD, N=80)

Selbsteinschätzung der Patienten im Brief Symptom Inventory (BSI) bei Aufnahme. Mittelwerte und Standardabweichungen der T-Werte.

## 4.2.3 Ergebnisse: Persönlichkeitsskalen

*Big Five (NEO-FFI).* Abbildung 4-4 beschreibt die Ausprägung der Big-Five-Persönlichkeitsfaktoren nach Costa und McCrae (NEO-FFI, siehe Borkenau & Ostendorf, 2008). Bezüglich der Testwerte der fünf Subskalen erzielten die Patienten den höchsten durchschnittlichen Wert auf der Dimension Gewissenhaftigkeit ( $M=38.1$ ,  $SD=6.2$ ). Den zweithöchsten Wert im Durchschnitt von  $34.6$  ( $SD=8.7$ ) auf der Dimension Neurotizismus sowie ähnlich hohe Werte im Durchschnitt für Extraversion ( $M=29.9$ ,  $SD=6.5$ ), Offenheit für Erfahrungen ( $M=29.6$ ,  $SD=6.8$ ) und Verträglichkeit ( $M=29.6$ ,  $SD=5.7$ ). Maximal konnte in den Subskalen im NEO-FFI ein Gesamtscore von 60 erreicht werden.

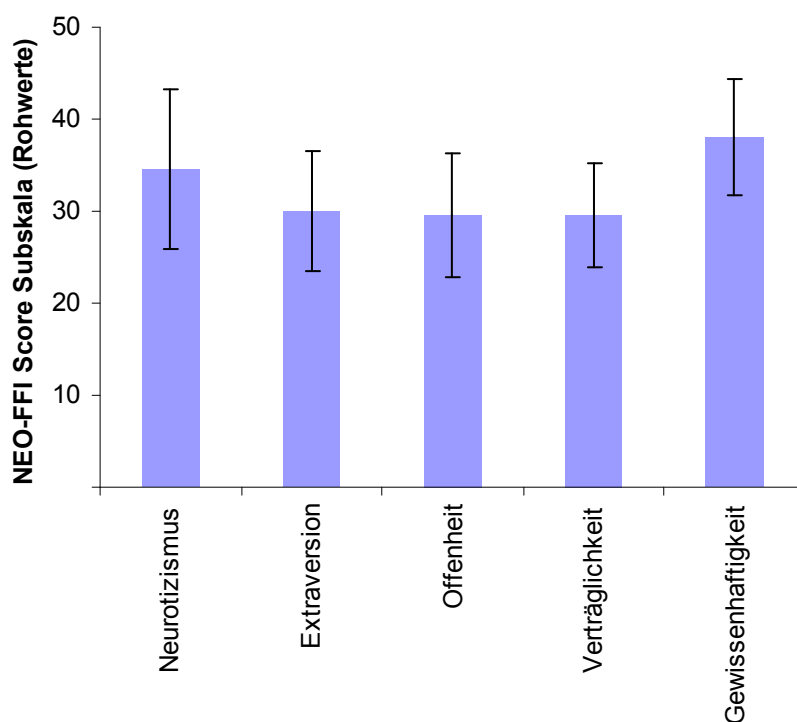


Abbildung 4-4: NEO-Fünf-Faktoren-Inventar bei Aufnahme ( $M/SD$ ,  $n=74$ )

Selbsteinschätzung der Patienten im NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) bei Aufnahme. Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte.

*Datennahe Interpretation:* Verglichen mit einer nicht-klinischen, bevölkerungsrepräsentativen Quotenstichprobe ( $N=871$ ) nach Borkenau und Ostendorf (2008) entspricht ein Neurotizismuswert von  $34.6$  einem T-Wert von  $68$ , somit einem erhöhten Wert. Bezüglich der Skala Extraversion entspricht ein Testwert von  $29.9$  einem T-Wert von  $55$  - einem durchschnittlichen Wert. Der Wert  $29.6$  für Offenheit für Erfahrungen ( $T=51$ ) zeigt ebenfalls einen durchschnittlichen Wert in der entsprechenden Skala an. Der Testwert  $29.6$  für Verträglichkeit ist mit einem T-Wert von  $48$  ebenfalls als durchschnittlich zu bezeichnen. Der Gewissenhaftigkeitsscore von  $38.1$  ( $T=61$ ) ist als erhöht einzuordnen.

Insbesondere die erhöhten Neurotizismuswerte sowie die erhöhten Gewissenhaftigkeitswerte – innerhalb dieser Persönlichkeitsdimension werden zwanghafte, rigide Persönlichkeitsanteile abgebildet, welche in enger Verbindung zu perfektionistisch-depressiven und zwanghaften Störungen stehen – sind aus Sicht der Autorin für die vorliegende vollstationäre psychotherapeutische Stichprobe mit hoher Depressivität nicht überraschend. Tellenbach (1983) beschreibt in seinem Konzept des Typus melancholicus sogar hohe Gewissenhaftigkeit als zentralen Grundzug einer prämorbidem Persönlichkeit bezüglich depressiver Erkrankungen. Die Ergebnisse dieser Studie sind vor diesem Hintergrund mit den in der Literatur berichteten Zusammenhängen konsistent.

*Perfektionistische Selbstdarstellung (PSPS).* Abbildung 4-5 zeigt die Ausprägung im Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung. Die Mittelwerte der Skalen Perfektionistischer Eigenwerbung ( $M=43.1$ ,  $SD=9.7$ ) und Vermeiden von Imperfektion ( $M=45.2$ ,  $SD=10.4$ ) sind ähnlich hoch. Geringer ausgeprägt ist der Mittelwert der Skala verschweigen von Imperfektion ( $M=28.0$ ,  $SD=5.9$ ).

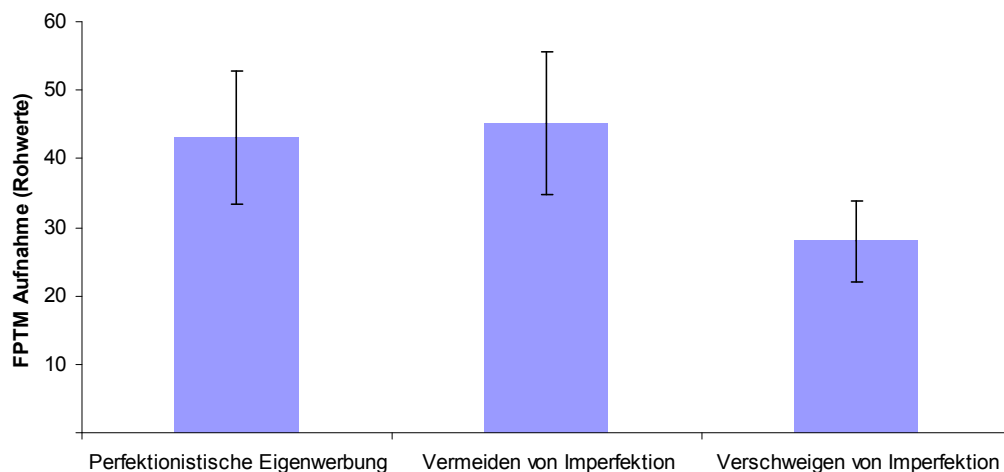


Abbildung 4-5: Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung ( $M/SD$ ,  $n=70$ )

Selbsteinschätzung der Patienten im Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung nach Renner (2011). Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte.

*Datennahe Interpretation:* Da zum Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung noch keine Normwerte vorliegen, weil sich das Instrument noch in der Entwicklung befindet, können die Ergebnisse der vorliegenden Studie noch nicht mit einer Normstichprobe in Bezug gesetzt werden.

*Aquisitive, protektive und Persönlichkeitsdarstellung (ASÜ, PSÜ, Authentizitätsskala).* Bezüglich der aquisitiven Selbstdarstellung erreichten die Studienteilnehmer (Rohwerte) einen Mittelwert von 14.3 ( $SD=3.9$ ) für die Selbstdarstellungskompetenz und einen Mittelwert von 16.3 ( $SD=3.6$ ) für die Wahrnehmungssensibilität. Bei den Skalen der protektiven Selbstdarstellung lag der Mittelwert bei der protektiven Variabilität bei 12.1 ( $SD=4.4$ ), bei der Skala Protektiver sozialer Vergleich bei 13.7

(SD=3.8). In der Skala Persönlichkeitsdarstellung, welche authentische Selbstdarstellung im Selbsturteil erfasst, scorten die Patienten im Mittel bei 15.9 (SD=3.9; siehe Abb.4-6).

*Datennahe Interpretation:* Verglichen mit den Rohwerten einer studentischen Stichprobe von N=329 nach Laux und Renner (2002) ist der Mittelwert 14.3 für Selbstdarstellungskompetenz in der vorliegenden Studie (studentischen Stichprobe: M=15.2, SD= .75), leicht erniedrigt: Ein leicht erniedrigter Wert für Selbstdarstellungskompetenz bedeutet, dass sich die psychotherapeutischen Studienteilnehmer im Vergleich zur studentischen Stichprobe auf der Verhaltensebene als schlechter darin einschätzten, das Bild ihrer Person, welches sie vermitteln wollen, steuern zu können um sozialen Erfolg zu erzielen. Der Mittelwert von 16.3 für die Wahrnehmungssensibilität ist, verglichen mit der studentischen Stichprobe (M=15.9, SD=.71), ähnlich hoch ausgeprägt – beide Gruppen trauten sich gleichermaßen auf der Wahrnehmungsebene zu, registrieren zu können, wenn sie etwa in einer Situation unangenehm bei anderen auffallen. Die Daten der therapeutischen Stichprobe dieser Studie sind mit einem Mittelwert von 12.1 für protektive Variabilität, verglichen mit der studentischen Stichprobe, ähnlich hoch ausgeprägt (M=11.5, SD= .68); beide Stichproben können sich ähnlich gut wie verschiedene Personen in ihrem Verhalten anpassen, um soziale Missbilligung zu vermeiden. Bei der Skala Protektiver Sozialer Vergleich sind die Werte in der hier vorliegenden Stichprobe (M=13.7) leicht erhöht, somit verglichen sich die Psychotherapie-Patienten stärker als die Studenten mit anderen, um sozialen Misserfolg zu vermeiden. Bezüglich der Skala Persönlichkeitsdarstellung (Authentizitätsskala) konnten aufgrund der fehlenden Normierungsdaten bzw. Daten aus studentischen Stichproben keine Aussagen getroffen werden – lediglich, dass bei einem möglichen Gesamtscore von 28 (sieben Items mit je vier Antwortalternativen) in der vorliegenden Stichprobe ein Mittelwert von 15.9 für Authentizität erreicht wurde.

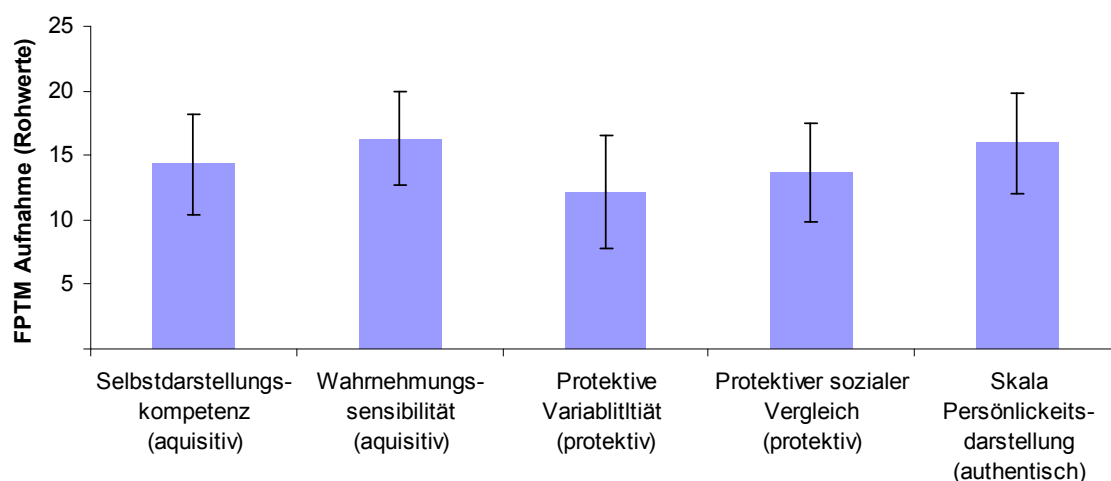


Abbildung 4-6: Fragebogen Aquisitive, Protektive und Persönlichkeitsdarstellung (M/SD, n=74)

Selbsteinschätzung der Patienten in den Fragebögen Aquisitive Selbstüberwachung, Protektive Selbstüberwachung und Skala Persönlichkeitsdarstellung (Authentizitätsskala) nach Laux und Renner (2002). Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte.

*Soziale Erwünschtheit (BIDR).* Bezüglich der Scores im zweifaktoriellen Inventar zur Erfassung der Sozialen Erwünschtheit (BIDR) erreichten die Patienten der Studie (n=76) folgende Rohwerte: Der Mittelwert der Skala Selbsttäuschung (im englischsprachigen Original self-deceptive enhancement) lag bei 37.6 (SD=8.1), der Mittelwert der Skala Fremdtäuschung (im englischsprachigen Original impression management) lag bei 40.5 (SD=10.6).

*Datennahe Interpretation:* Bezüglich Selbsttäuschung schnitten die Patienten mit einem Mittelwert von 37.6, verglichen mit einer Vorstudie (N=351) für die deutsche Version des BIDR (siehe Musch et al., 2002; M=40.0, SD=7.8) ähnlich ab. Bezüglich Fremdtäuschung schnitten die Patienten mit einem Mittelwert von 37.6 (M=31.7, SD=9.2 bei Musch et al., 2002) ebenso vergleichbar ab. Die Patienten der vorliegenden Stichprobe hatten somit nur eine mittlere Tendenz, ihr Antwortverhalten im Fragebogen so anzupassen, dass es dem Schutz des eigenen Selbstbildes dient (Selbsttäuschung). Und die Patienten zeigten nur eine durchschnittliche Tendenz, Antworten im Fragebogen mit dem Ziel zu verfälschen, gegenüber dem Fragesteller ein möglichst gutes Bild abzugeben (Fremdtäuschung). Beide Stichprobenwerte der Psychotherapiepatienten lagen weniger als eine Standardabweichung von den Werten in der gemischten Stichprobe von Musch et al. (2002) entfernt. Über- oder unterdurchschnittliche Tendenzen in der sozialen Erwünschtheit waren für diese Stichprobe auch nicht zu erwarten – allenfalls für die Untergruppe der Patienten mit tatsächlichem Rentenwunsch - welche allerdings nur zehn von 80 Patienten ausmachten (siehe unten) und daher im Durchschnitt wenig Einfluss auf das Gesamtergebnis in den beiden BIDR Gesamtscores gehabt haben dürften.

*State-Trait-Angst-Depression (State-Trait-Angst-Depressions-Inventar, STADI).* Abbildung 4-7 charakterisiert die Stichprobe bezüglich der State und Trait Unterskalen Aufgeregtheit, Besorgnis, Euthymie und Dysthymie. Die State-Aufgeregtheit zeigte sich im Mittel leicht geringer ausgeprägt (M=11.6, SD=3.5) als die Trait-Aufgeregtheit (M=13.9, SD=2.9). State-Besorgnis (M=13.6, SD=3.8) und Trait-Besorgnis (M=13.0, SD=3.49) waren ähnlich hoch. Leicht unterschiedlich, jedoch beide gering ausgeprägt, zeigten sich die State-Euthymie (M=9.0, SD=3.2) und die Trait-Euthymie (10.0, SD= 3,0) als einzige bezüglich des Affekts positiv konnotierte Skalen. State-Dysthymie (M=10.1, SD=3.8) und Trait-Dysthymie (M=12.3, SD=3.4) unterschieden sich im Mittel leicht. Maximal kann in den Subskalen ein Rohwert von 20 erreicht werden.

*Datennahe Interpretation, verglichen mit der nicht-klinischen Normstichprobe:* Zunächst zum State-Bereich - verglichen mit der nicht-klinischen Normstichprobe (Altersnormen für Männer und Frauen gemischt) von Laux et al. (2013) und bei einem Studiendurchschnittsalter 46.8 Jahren in der vorliegenden Stichprobe - erreichten die Patienten verglichen mit Personen dieser Altersgruppe mit einem T-Wert von 67 für State-Aufgeregtheit einen erhöhten Wert. Für State-Besorgnis ergibt sich ein T-Wert von 63, ebenfalls ein erhöhter Wert. Bezüglich State-Euthymie ergibt sich mit einem T-Wert von 39 ein erniedrigter Wert und mit einem T-Wert von 65 ein erhöhter Wert für

State-Dysthymie. Nun zum Trait-Bereich – für die Trait-Aufgeregtheit ergibt sich ein erhöhter Wert ( $T=65$ ), ebenso für die Trait-Besorgnis ( $T=62$ ). Bezüglich der Trait-Euthymie ergibt sich mit  $T=39$  ein erniedrigter Wert und mit  $T=65$  ein erhöhter Wert für die Trait-Dysthymie. Keiner dieser – wie beschrieben durchaus erhöhten bzw. erniedrigten- State- und Trait-Werte ist jedoch nach dem statistischen Kriterium von Laux  $T > 70$  (siehe Laux et al., 2013, S.59) klinisch relevant.

*Datennahe Interpretation, verglichen mit der klinischen Stichprobe:* Die Patienten dieser Studie gaben also direkt vor dem Aufnahmegespräch (State) als auch insgesamt (Trait) durchschnittlich mehr negative Affektivität und weniger positives Erleben an als die nicht-klinische Vergleichsgruppe gleichen Alters. Laux et al. (2013) zeigten in den klinischen Gesamtstichproben ( $N=217$ ) in ihrem Manual ebenfalls, „dass die klinischen Patienten aller Untersuchungen bei den Skalen Aufgeregtheit, Besorgnis und Dysthymie Mittelwerte aufweisen, welche die Mittelwerte der Vergleichsgruppe um teilweise mehr als eine Standardabweichung übertreffen“ (S.100). Aus diesem Grund sind die in Richtung verstärkte negative Affektivität erhöhten bzw. erniedrigten Werte in den STADI-Unterskalen in der vorliegenden ebenfalls klinischen Stichprobe nicht überraschend. Wirft man einen genauen Blick auf die Ergebnisse der klinischen Gesamtstichprobe bei Laux et al. (siehe Laux et al, 2013, S.99) und vergleicht diese mit der hier vorliegenden klinischen Stichprobe, so zeigt sich, dass die State- und Trait- Mittelwerte der einzelnen Skalen beider Gruppen nur maximal 1.6 Rohwertpunkte voneinander entfernt liegen und somit keiner der Werte der hier vorliegenden klinischen Stichprobe nur annähernd eine Standardabweichung von der klinischen Stichprobe bei Laux et al. (2013) entfernt liegt. Die hier vorliegende Studie an  $N=80$  Patienten replizieren somit weitgehend die Ergebnisse von Laux et a. (2013) an ihrer klinischen Stichprobe von  $N=217$  bezüglich der STADI-Werte.

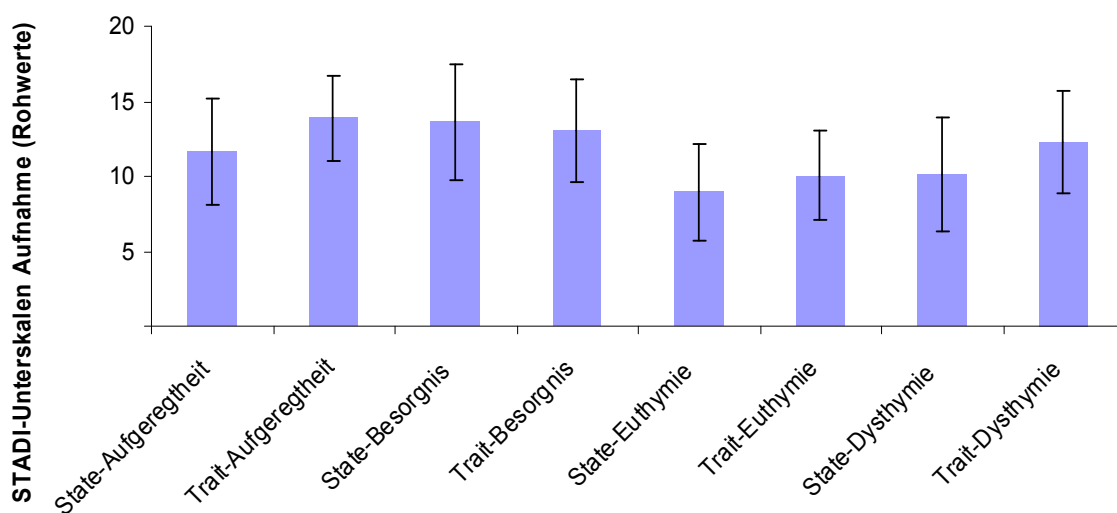


Abbildung 4-7: Unterskalen- Werte im State-Trait- Angst-Depressions-Inventar ( $M/SD$ ,  $n=62$ )

Selbsteinschätzung der Patienten im State-Teil des State-Trait-Angst-Depressionsinventars (STADI) unmittelbar vor dem Aufnahmegespräch. Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte.

Abbildung 4-8 zeigt die Mittelwerte für die Gesamtskalen des STADI. State-Depression ( $M=26.1$ ,  $SD=6.1$ ) und Trait-Depression ( $M=27.3$ ,  $SD=5.9$ ) waren ähnlich hoch ausgeprägt. Auch für die State-Angst ( $M=25.2$ ,  $SD=5.6$ ) und die Trait-Angst ( $M=26.9$ ,  $SD=5.6$ ) waren die Mittelwerte ähnlich hoch. Maximal kann in diesen Skalen ein Rohwert von 40 erreicht werden. Bezüglich der State- und Trait-Globalwerte - State-Globalwert ( $M=51.1$ ,  $SD=10.8$ ) und Trait-Globalwert ( $M=54.3$ ,  $SD=9.8$ ) – unterschieden sich die Patienten in ihren Mittelwerten ebenfalls kaum voneinander. Insgesamt kann hier jeweils ein Gesamtrohwert von 80 im State- und im Trait-Teil erreicht werden.

*Datennahe Interpretation, verglichen mit der nicht-klinischen Stichprobe:* Im State-Bereich erreichten die Patienten dieser Studie, verglichen mit der nicht-klinischen Normstichprobe von Laux et al. (2013), mit einem T-Wert von jeweils 65 einen erhöhten Wert sowohl für State-Angst als auch für State-Depression. Im State-Globalwert zeigt ein T-Wert von 66 ebenfalls einen erhöhten Wert an. Im Trait-Bereich steht ein T-Wert von 65 für Trait-Angst und ein T-Wert von 65 von Trait-Depression für erhöhte Werte. Ebenso ist der Trait-Globalwert mit  $T=65$  erhöht.

*Datennahe Interpretation, verglichen mit der klinischen Stichprobe:* Auch in den Summen- und Globalscores zeigten die Erstgesprächs-Patienten der vorliegenden Stichprobe also - wie bei den Einzelskalen und analog zu den Ergebnissen an klinischen Stichproben bei Laux et al. (2013, S. 99; State-Globalwert  $M=49.1$ ,  $SD=11.3$ ; Trait-Globalwert  $M=53.4$ ,  $SD=10.8$ ) - durchgehend erhöhte Werte bezüglich negativer Affektivität verglichen mit der nicht-klinischen Stichprobe.

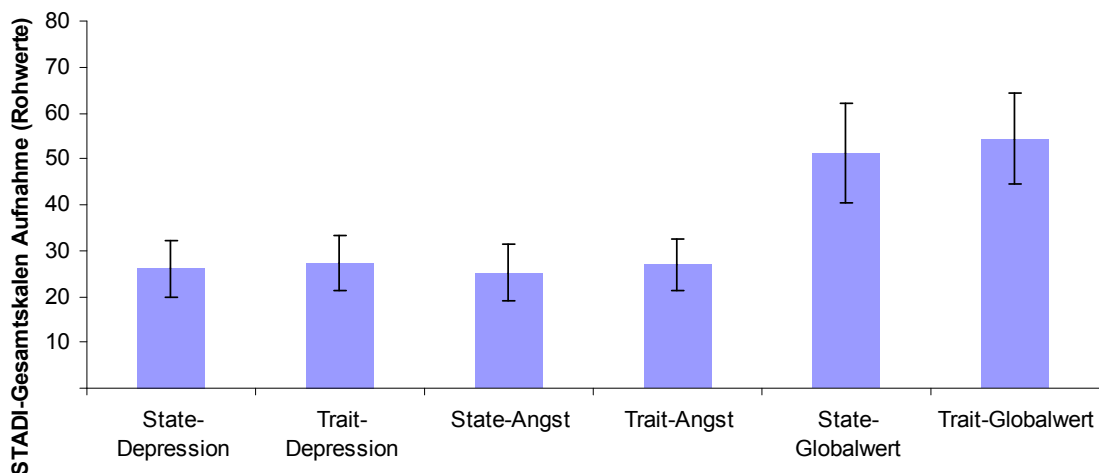


Abbildung 4-8: Gesamtskalen- Werte im State-Trait-Angst-Depressions-Inventar ( $M/SD$ ,  $n=62$ )

Selbsteinschätzung der Patienten im State-Teil des State-Trait-Angst-Depressionsinventar (STADI) unmittelbar vor dem Aufnahmegespräch. Mittelwerte und Standardabweichungen der Rohwerte.

*Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose.* Bezüglich der 49 Patienten, die am Ende der Behandlung freiwillige Angaben über die subjektive Erwerbsprognose und den Rentenwunsch machten (Unterstichprobe Rentenangabe, siehe Kap. 3.1), gaben am Ende der Behandlung 10 Patienten einen Rentenwunsch (Unterskala des Würzburger Screenings nach Löffler et al., 2008) an und 39 Patienten verneinten einen eventuellen Rentenwunsch.

### 4.3 Selbstdarstellung von Psychotherapiepatienten im Aufnahmegespräch

#### 4.3.1 Deskriptive Darstellung der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch

Abbildung 4-9 und Tabelle 4-3 zeigen, wie sich die 80 psychosomatischen Patienten im Aufnahmegespräch über die sieben Hauptdarstellungskategorien hinweg selbst darstellten.

*Tabelle 4-3: Deskriptive Statistik der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch in Selbstdarstellungseinheiten (N=80)*

| <b>Deskriptive Statistik</b>   |     |     |          |     |     |
|--|-----|-----|----------|-----|-----|
| Selbstdarstellungskategorie  | M   | SD  | $\Sigma$ | Min | Max |
| I. Demonstriere Stärke und Kompetenz                                       | 1.4 | 2.0 | 108      | 0   | 9   |
| II. Mach` deutlich, dass du es schwer hattest/hast                         | 7.3 | 5.0 | 582      | 0   | 29  |
| III. Sei eine gute Klientin/schaffe eine gute Beziehung zum Therapeuten    | 9.8 | 6.9 | 780      | 0   | 31  |
| IV. Zeige, dass dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist                     | 1.0 | 1.4 | 83       | 0   | 8   |
| V. Fordere Hilfe vom Therapeuten   | 7.0 | 6.3 | 557      | 0   | 38  |
| VI. Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten | 8.9 | 8.0 | 711      | 0   | 46  |
| VII. Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen                           | .9  | 1.7 | 75       | 0   | 10  |

Am häufigsten kam die Kategorie „III.Sei eine gute Klientin/Schaffe eine gutes Beziehung zum Therapeuten“ vor, im Schnitt 9.8-mal (SD=6.9). Am zweithäufigsten zeigten die Patienten im Durchschnitt Interesse und Bereitschaft an der Lösung Ihrer Probleme zu arbeiten (Kategorie VI, M=8.9, SD=8.0). Mit etwas Abstand folgten in der durchschnittlichen Häufigkeit der Selbstdarstellungseinheiten die Kategorien „II.Mach` deutlich, dass du es schwer hattest/hast“ (M=7.3, SD=5.0) und „V.Fordere Hilfe vom Therapeuten“ (M=7.0, SD=6.3). Deutlich weniger geratet wurde die Selbstdarstellung der Patienten in folgenden Kategorien: „I.Demonstriere Stärke und Kompetenz“ (M=1.4, SD=2.0), „IV.Zeige, dass dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist“ (M=1.0, SD=1.4) und „VII.Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen“ (M= .9, SD=1.7).

Im Mittel wurden pro Video 36.4 Selbstdarstellungseinheiten im Aufnahmeinterview auf Seiten des Patienten geratet.

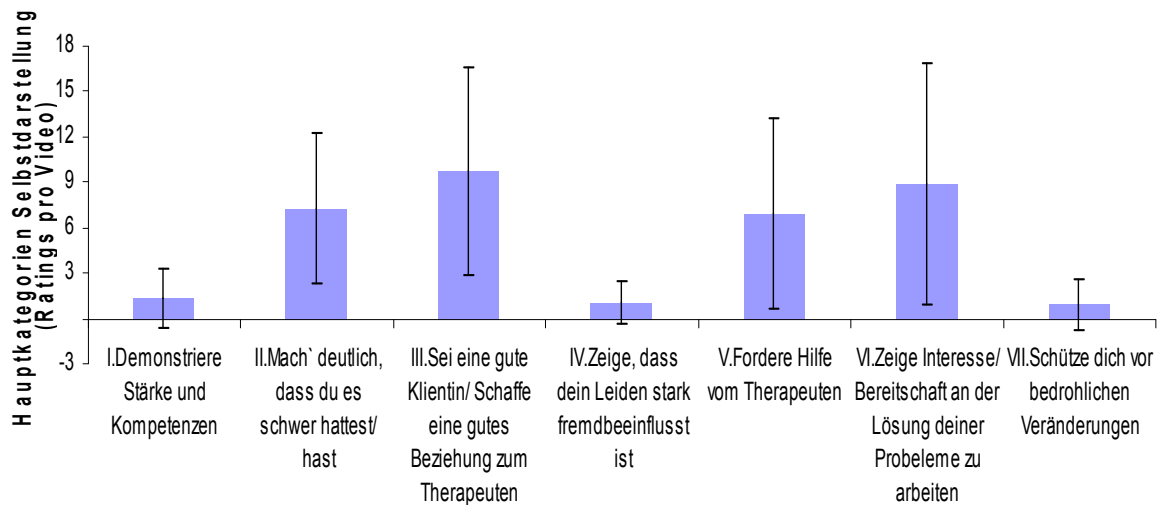


Abbildung 4-9: Selbstdarstellung bei Aufnahme über sieben Selbstdarstellungskategorien (M/SD, N=80)

Selbstdarstellung der Patienten bei Aufnahme im Videorating in den sieben Selbstdarstellungskategorien. Mittelwerte und Standardabweichung in den Hauptkategorien pro Video.

*Datennahe Interpretation:* Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Patienten durchschnittlich am häufigsten ein guter Klient sein und eine gute Beziehung zum Therapeuten schaffen wollten sowie die Bereitschaft zeigten, an der Lösung ihrer Problem zu arbeiten. Häufig machten sie auch deutlich, dass sie es schwer haben oder hatten und forderten Hilfe vom Therapeuten. Sie demonstrierten sehr selten Stärke und Kompetenz, zeigten sehr selten, dass ihr Leiden fremdbeeinflusst ist und schützten sich ebenso selten vor bedrohlichen Veränderungen. Überraschend ist, dass die Patienten neben einer hohen klagenden und hilfeschreitenden Selbstdarstellung auch ein solch hohes Ausmaß an freundlich-beziehungsorientierter Selbstdarstellung zeigten und sich auch sehr häufig aktiv-lösungsorientiert gegenüber dem Therapeuten darstellten. Im klinischen Alltag haben Therapeuten oft den Eindruck, die Patienten würden in der Aufnahmesitzung häufig klagen, unangenehme Themen vermeiden, Anderen die Verantwortung für ihr Leiden zusprechen und sich in ihrem Spontanverhalten im Gesamteindruck eher negativ und pessimistisch darstellen - positivere Elemente der Selbstdarstellung wie etwa freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung und aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung hingegen kämen wenig vor. Die vorliegenden Daten zeigen ein differenzierteres Bild. Der therapeutische, negativer geprägte Eindruck der patientischen Selbstdarstellung in Aufnahmegesprächen ist vermutlich der Tatsache geschuldet, dass der Therapeut im Aufnahmegespräch sehr ausführlich und gezielt die aktuelle Symptomatik sowie bereits Teile der Krankengeschichte abfragt. Da der Patient ja krank ist, wird er hier folglich auch eher Negatives, Klagendes zu berichten haben. Diese negativeren Äußerungen sind offensichtlich jedoch eher als reaktives Antwortverhalten auf die gezielten, problemfokussierten Fragen des Therapeuten zu werten, nicht als spontane Selbstdarstellung bzw. als Spontanverhalten der Patienten (siehe Definition Selbstdarstellungseinheiten mit Patientenbeispiel, Kap. 2.1). Das Spontanverhalten der Patienten

zeigte sich, wie eben diskutiert, beim ersten Zusammentreffen zwischen Patient und Therapeut deutlich freundlich-aktiver.

Zur Beschreibung der Selbstdarstellung der Patienten bei Aufnahme im Detail sollen als nächstes die sieben Selbstdarstellungskategorien mit den jeweiligen Unterkategorien einzeln dargestellt werden, um sich ein Bild von den gezeigten verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen der Patienten im Eingangsgespräch machen zu können.

Abbildung 4-10 zeigt die Selbstdarstellungskategorie „I.Demonstriere Stärke und Kompetenz“ mit den dazugehörigen drei stärke- und kompetenzdarstellungsbezogenen Unterplänen. Der Unterplan eins „Zeige, dass du Kompetenzen hast, das Leben zu meistern“ wurde pro Aufnahme im Schnitt 1.18-mal (SD=1.85, Range=0-9) geratet, Unterplan zwei „Zeige, dass du im Alltag einfühlsam und bescheiden bist“ durchschnittlich 0.4-mal (SD=.25, Range=0-2). Unterplan drei „Betone, dass du anderen, aber auch dir selbst, Gutes tun willst, wurde durchschnittlich .14 mal vergeben (SD=.41, Range=0-2).

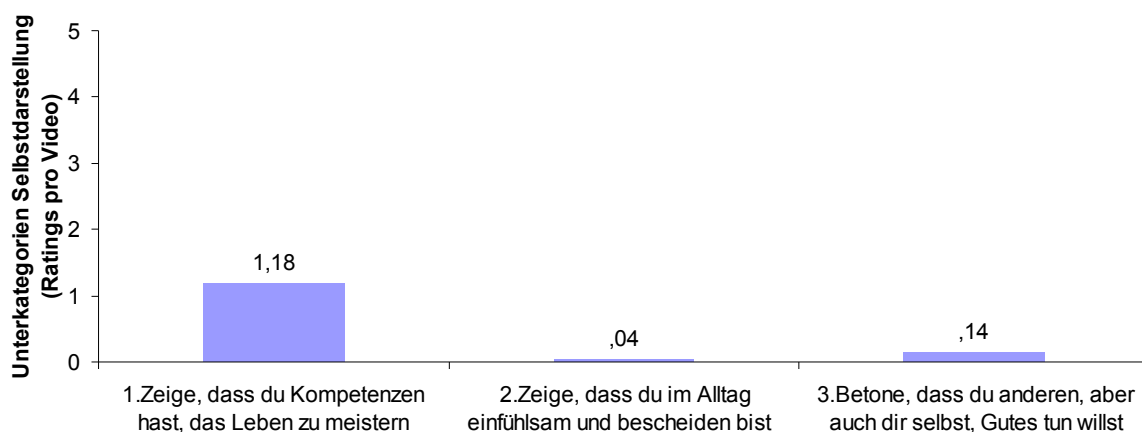


Abbildung 4-10: Unterpläne der Kategorie „I.Demonstriere Stärke und Kompetenzen“ (M, N=80)

Selbstdarstellung der Patienten bei Aufnahme im Videorating. Mittelwerte in den Unterplänen der ersten Selbstdarstellungskategorie pro Video.

Abbildung 4-11 zeigt die Selbstdarstellungskategorie „II.Mach` deutlich, dass du es schwer hattest/hast“ mit den dazugehörigen vier klagebezogenen Unterplänen. Unterplan vier „Mache deutlich, dass du viel durchmachst/durchgemacht hast“ hat einen Mittelwert von 4.40 bei einer Streuung von 3.06 (Range=0-13). „Vermittle, dass du es schwer hast, aber nicht genügend Unterstützung und Verständnis erfährst“, Unterplan fünf, wurde durchschnittlich 1.10-mal (SD=1.84, Range=0-8) geratet. Unterplan sieben „Zeige dich resigniert über deine momentane Situation“ (M=1.36, SD=1.91, Range=0-8) wurde ähnlich häufig geratet. Am seltensten in Selbstdarstellungskategorie II. wurde Unterplan sechs „Äußere Selbstzweifel“ im Video beobachtet (M=.41, SD=1.01, Range=0-9).

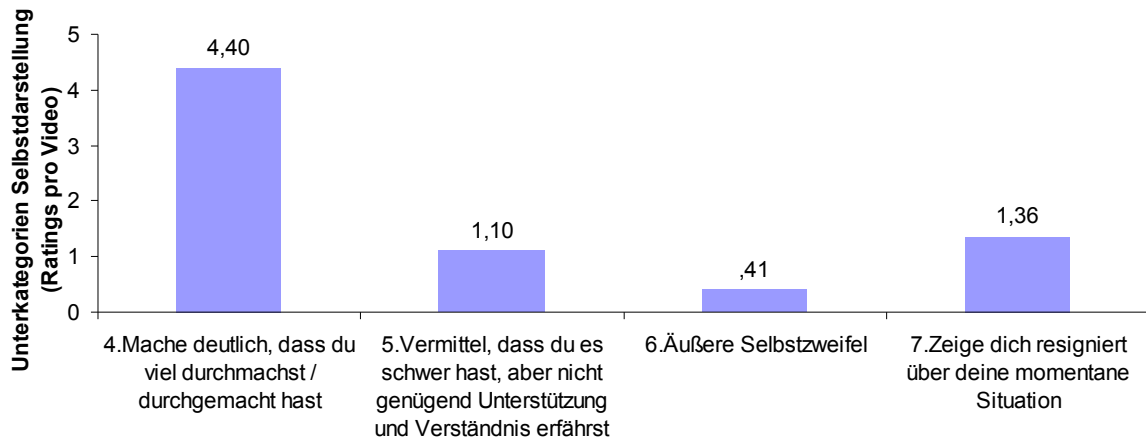


Abbildung 4-11: Unterpläne der Kategorie „II. Mach` deutlich, dass du es schwer hattest/hast“ (M, N=80)

Selbstdarstellung der Patienten bei Aufnahme im Videorating. Mittelwerte in den Unterplänen der zweiten Selbstdarstellungskategorie pro Video.

In Abbildung 4-12 sind die Ratings pro Aufnahmevideo für die vier Unterkategorien der Selbstdarstellungskategorie „Sei eine gute Klient/schaffe eine gute Beziehung zum Therapeut“ dargestellt. Am häufigsten wurde durchschnittlich Unterkategorie acht „Sei lebhaft und locker“ geratet (M=4.76, SD=4.37, Range=0-27). Am zweithäufigsten kam Unterplan neun „Bestätige den Therapeuten“ (M=3.89, SD=3.75, Range=0-14) vor. Deutlich seltener wurden die Unterkategorien 10 „Sei dem Therapeuten gegenüber freundlich (zeige höfliches Verhalten)“ (M=.75, SD=1.18, Range=0-6) und 11 „Äußere Hoffnung auf Verbesserung“ (M=.35, SD=1.08, Range=0-9) pro Video gewertet.

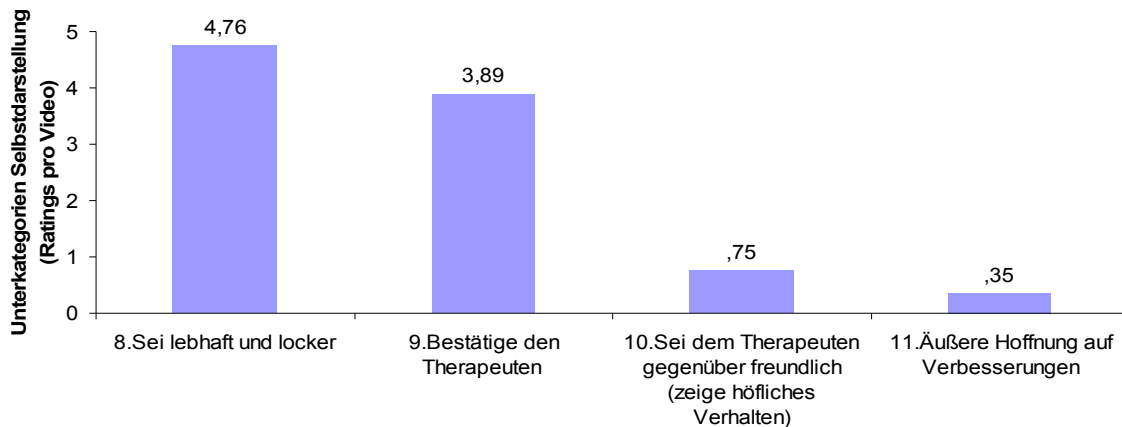


Abbildung 4-12: Unterpläne der Kategorie „III. Sei eine gute Klientin/schaffe eine gute Beziehung zum Therapeuten“ (M, N=80)

Selbstdarstellung der Patienten bei Aufnahme im Videorating. Mittelwerte in den Unterplänen der dritten Selbstdarstellungskategorie pro Video.

In der vierten Selbstdarstellungskategorie „IV. Zeige, dass dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist“ wurde Unterkategorie zwölf „Mache deutlich, dass andere die Schuld und Verantwortung haben“ durchschnittlich .50 (SD=.81, Range=0-3) mal geratet. Unterkategorie 13 „Zeige, dass du in deiner

Entwicklung behindert wirst (durch Krankheit, Ehemann und sonstige Lebenssituationen)“ wurde im Schnitt .54 (SD=.98, Range=0-5) mal geratet (siehe Abb.4-13).

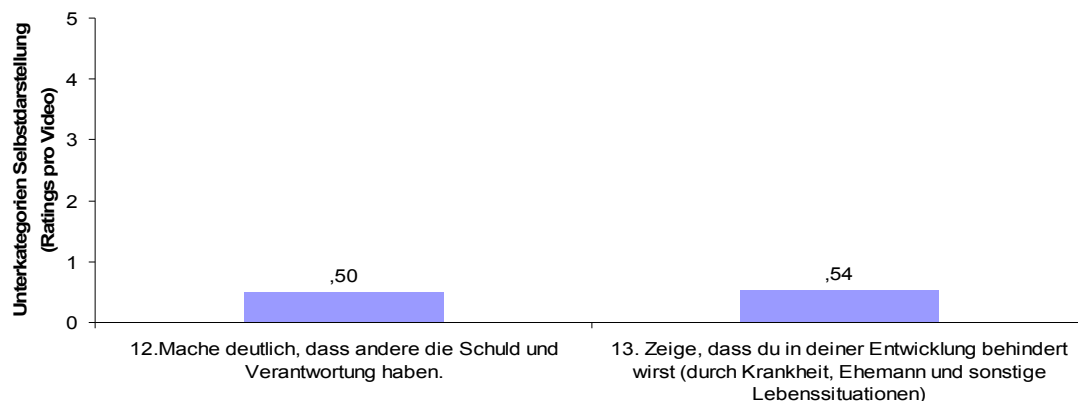


Abbildung 4-13: Unterpläne der Kategorie „IV. Zeige, dass dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist (M, N=80)

Selbstdarstellung der Patienten bei Aufnahme im Videorating. Mittelwerte in den Unterplänen der vierten Selbstdarstellungskategorie pro Video.

Abbildung 4-14 zeigt die Mittelwerte der Videoratings in den sieben Unterkategorien der Selbstdarstellungskategorie fünf „V. Fordere Hilfe vom Therapeuten“. Im Durchschnitt am häufigsten wurde die Kategorie 14 „Stelle die Problemlage in aller Dramatik dar“ (M=2.41, SD=2.55, Range=0-15) gewertet; gefolgt von den Unterkategorien 18 „Zeige, dass du deinem Alltag hilflos und schwach gegenüber stehst“ (M=1.41, SD=2.41, Range=0-16) und 19 „Zeige dich in der Therapiesituation hilflos und unsicher“ (M=1.00, SD=1.75, Range=0-8). Die Unterkategorie 16 „Drücke deine Ängste zu verschiedenen Lebensbereichen aus“ (M=.86, SD=1.21, Range=0-8) und die Unterkategorie 17 „Verlange Ratschläge“ (M=.83, SD=1.60, Range=0-11) wurden ähnlich häufig gewertet. Die Unterkategorie 20 „Zeige, dass es für dich schwer ist, die Situation zu verändern“ wurde im Schnitt .29 (SD=.68, Range=0-4) mal vergeben, die Unterkategorie 15 „Zeige, dass du dich allein gelassen fühlst“ durchschnittlich .16 (SD=.49, Range=0-2) mal.

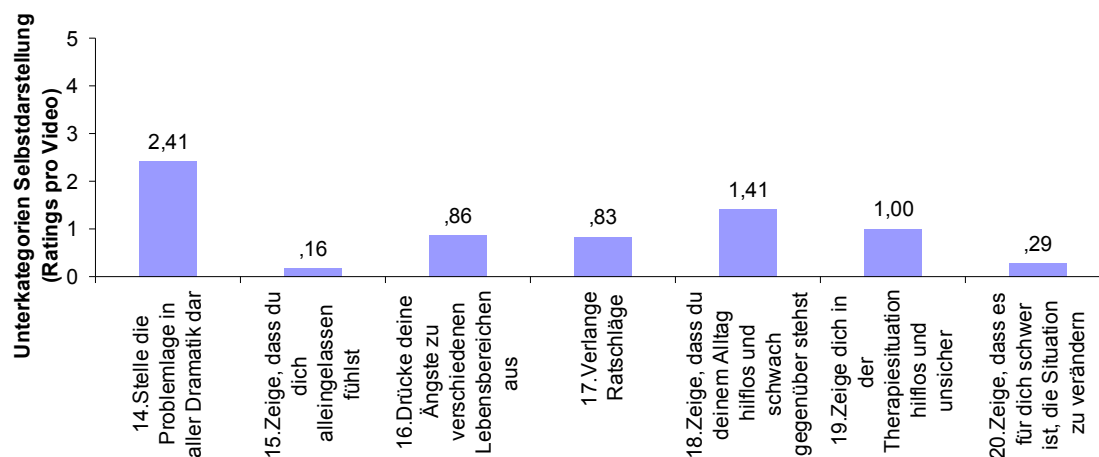


Abbildung 4-14: Unterpläne der Kategorie „V. Fordere Hilfe vom Therapeuten (M, N=80)

Selbstdarstellung der Patienten bei Aufnahme im Videorating. Mittelwerte in den Unterplänen der fünften Selbstdarstellungskategorie pro Video.

Bezüglich der Selbstdarstellungskategorie sechs „VI. Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten“ (Teil 1, siehe Abb.4-15) wurden die Kategorien 21 „Zeige, dass du selbst Lösungen suchst“ (SD=.85, Range=0-4) und 22 „Zeige, dass du Fortschritte machst“ (SD=1.13, Range=0-8) jeweils durchschnittlich .43 mal geratet. Die Kategorie 23 „Betone, dass du schon vor und unabhängig von der Therapie Lösungsversuche unternommen hast“ (SD=1.30, Range=0-6) wurde im Schnitt 1.00-mal im Video beobachtet; Kategorie 24 „Bemühe dich um Einsicht und neue Erfahrungen (explikativ)“ durchschnittlich .15 (SD=.64, Range=0-5) mal. Der durchschnittliche Wert in der Unterkategorie 25 „Bemühe dich um Einsicht und neue Erfahrungen (reflexiv)“ ist mit .58 (SD=1.42, Range=0-8) anzugeben.

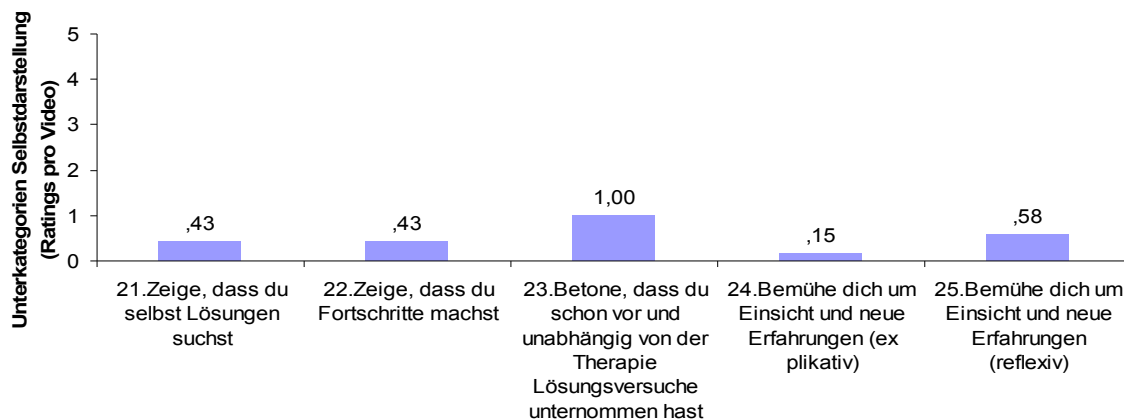


Abbildung 4-15: Unterpläne der Kategorie „VI. Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten – Teil 1 (M, N=80)

Selbstdarstellung der Patienten bei Aufnahme im Videorating. Mittelwerte in den Unterplänen der sechsten Selbstdarstellungskategorie pro Video (Teil 1).

Am häufigsten in Selbstdarstellungskategorie sechs „VI. Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten“ (Teil 2, siehe Abb.4-16) war die Unterkategorie 30 „Vermittle Einblick in deine Lebensverhältnisse (M=2.23, SD=2.43, Range=0-11).

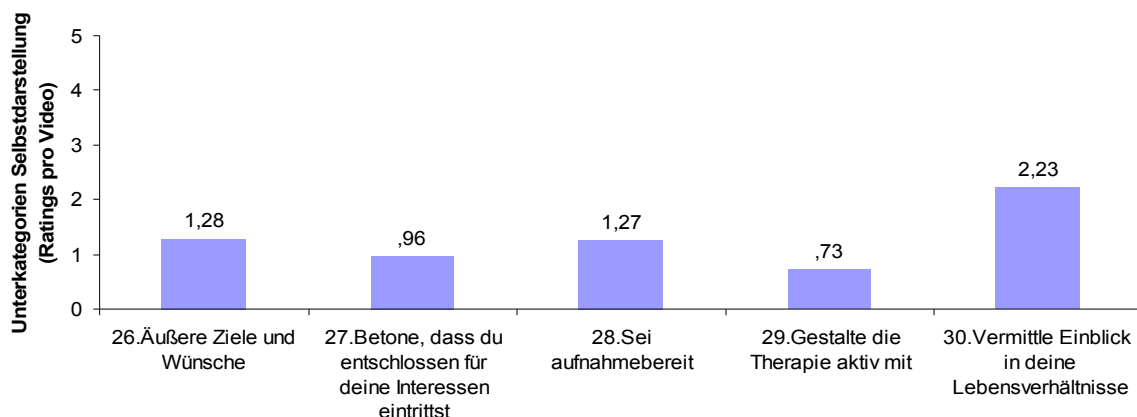


Abbildung 4-16: Unterpläne der Kategorie „VI. Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten – Teil 2 (M, N=80)

Selbstdarstellung der Patienten bei Aufnahme im Videorating. Mittelwerte in den Unterplänen der sechsten Selbstdarstellungskategorie pro Video (Teil 2).

Die Kategorie 26 „Äußere Ziele und Wünsche“ wurde im Schnitt 1.28 (SD=1.58, Range=0-7) mal geratet, Kategorie 27 „Betone, dass du entschlossen für deine Interessen eintrittst“ durchschnittlich .96 (SD=1.54, Range=0-9) mal; Kategorie 28 „Sei aufnahmebereit“ durchschnittlich 1.27 (SD=1.62, Range=0-6) mal und Kategorie 29 „Gestalte die Therapie aktiv mit“ .73 (SD=1.03, Range=0-4) mal.

Bezüglich der Selbstdarstellungskategorie sieben „VII.Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen“ (siehe Abb.4-17) wurde Kategorie 31 „Zeige, dass du dich in der Situation unwohl fühlst“ im Durchschnitt .60 (SD=1.07, Range=:0-5) mal pro Aufnahmesitzung gewertet. Die Unterkategorie 32 „Rechtfertige eigenes problematisches Verhalten wurde ähnlich selten (M=.21, SD=.79, Range=0-5) wie die letzte Selbstdarstellungsunterkategorie 33 „Vermeide die Auseinandersetzung mit Problemen“ (M=.13, SD=.49, Range=0-3) im Aufnahmevideo identifiziert.

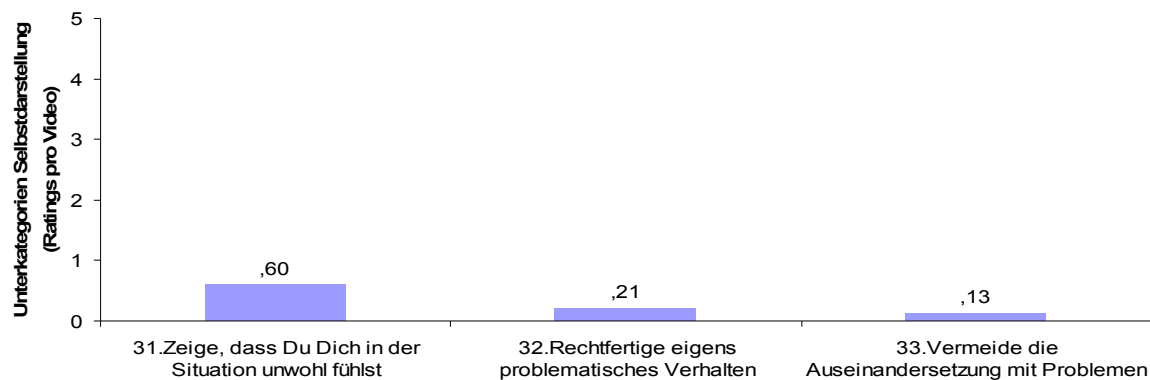


Abbildung 4-17: Unterpläne der Kategorie „VII.Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen“ (M, N=80)

Selbstdarstellung der Patienten bei Aufnahme im Videorating. Mittelwerte in den Unterplänen der siebten Selbstdarstellungskategorie pro Video.

*Datennahe Interpretation:* Betrachtet man die Selbstdarstellung auf der Ebene der 33 selbstdarstellungsbezogene Kategorien (33 Unterpläne), so fällt auf, dass es zwei Gruppen von Ergebnissen bezüglich der 33 Unterplan-Mittelwerte in den sieben selbstdarstellungsbezogenen Kategorien (sieben Oberpläne) gab: Entweder es waren in einer Kategorie ein oder zwei dominante Unterpläne - z.B. bei der III.freundlich-beziehungsorientierten Selbstdarstellung sind Unterplan acht „Sei lebhaft und locker“ und Unterplan neun „Bestätige den Therapeuten“ sehr häufig vertreten. Oder aber es gab Unterpläne zu einem selbstdarstellungsbezogenen Oberplan, die fast gleichmäßig verteilt geringe Häufigkeiten über alle Unterpläne zeigten, z.B. Oberkategorie sieben, die VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung mit entsprechenden Unterplänen. Ersteres spricht eventuell für Beurteilereffekte, etwas das die Beurteiler sich auch aufgrund der hohen Anzahl an Unterkategorien – 33 nach Strunk (2004) – bestimmte Unterkategorien im Vergleich zu anderen besonders gut merkten und dann diese auch häufiger rateten. Beispielsweise, wenn ein Beobachter eine Selbstdarstellungseinheit identifizierte, welche inhaltlich zu einem der sieben Oberpläne passte

- etwa das selbstdarstellungsbezogene Ziel hatte, eine gute Klientin zu sein und eine gute Beziehung zum Therapeuten herzustellen (III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung): Jetzt hatte der Beobachter aber eventuell nur wenige Unterkategorien dieses Oberplans präsent und entschied sich daher für Unterkategorie acht, die er am besten kannte. Insgesamt ist die hohe Anzahl von 33 Unterkategorien bei Strunk (2004) grundsätzlich wenig günstig, da aus gedächtnispsychologischer Sicht nicht alle 33 Unterkategorien des Ratingbogens (siehe Anhang A.1) gleich gut gemerkt und während der Beobachtung präsent gehalten werden können. Eine Reduktion der Kategorien innerhalb einer weiteren Studie wäre sinnvoll, um das Kategoriensystem - welches ja aus einer plananalytischen Einzelfallbetrachtung entstand - auf aus Sicht der Autorin dieser Studie nicht mehr als zwölf Kategorien zu reduzieren. Außerdem darf folgende Besonderheit des Kategoriensystems nach Strunk (2004) bei der Interpretation der Mittelwerte in den 33 Unterplänen nicht vernachlässigt werden: Die sieben Oberpläne beinhalten jeweils eine ganz unterschiedliche Zahl von Unterkategorien. Auffällig ist, dass insbesondere diejenigen Oberpläne häufig geratet wurden, die auch eine hohe Anzahl von Unterkategorien subsumieren (beispielsweise Oberplan IV. „Zeige Interesse/Bereitschaft, an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten“ mit zehn Unterkategorien). Oberpläne mit einer geringeren Anzahl von Unterkategorien (beispielsweise Oberplan I. „Demonstriere Stärke und Kompetenzen“ mit nur drei Unterkategorien) wurden meist seltener geratet. Somit könnte die Anzahl der Unterkategorien pro selbstdarstellungsbezogener Oberkategorie einen Einfluss auf die Ratinghäufigkeiten in den sieben Oberkategorien gehabt haben – je mehr Unterkategorien – desto häufiger wurde die entsprechende der sieben Oberkategorien auch geratet. Abschließend noch eine Anmerkung zum oben erwähnten Ergebnis, dass es Unterpläne zu selbstdarstellungsbezogenen Oberplänen gab, die fast gleichmäßig verteilt geringe Häufigkeiten bei allen Plänen zeigten: Anscheinend kamen hier insbesondere die Kategorien „Zeige, dass dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist“ (IV.externalisierungsorientierte Selbstdarstellung) und „Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen (VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung) kaum im Erstgespräch vor. Das Kategoriensystem nach Strunk (2004) ist an dieser Stelle nicht gesättigt. Beide Kategorien benennen wohl eine Form der Selbstdarstellung, die in Psychotherapien zwar durchaus vorkommt, aber deren Hürde, sie als Patient bereits in den ersten Minuten des Kontakts mit dem Therapeuten zu zeigen, recht hoch erscheint.

Abbildung 4-4 zeigt die Pearson-Korrelation der sieben Selbstdarstellungskategorien nach Strunk (2004). Zahlreiche Selbstdarstellungskategorien interkorrelierten. Insbesondere korrelierten die Kategorien II.klagende Selbstdarstellung mit Kategorie V.hilfesuchende Selbstdarstellung ( $r = .68$ ,  $p = .000$ ) sowie die Kategorien III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung und VI.aktivlösungsorientierte Selbstdarstellung ( $r = .68$ ,  $p = .000$ ) hoch. Im Anhang B.1 finden sich die detaillierten Ergebnisse sowohl für die Pearson- als auch für die Spearman-Korrelation der Selbstdarstellungskategorien mit den entsprechenden p-Werten.

Tabelle 4-4: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien nach Strunk (2004), N=80

| Selbstdarstellungskategorie | Produkt-Moment-Korrelation |       |       |       |       |       |
|-----------------------------|----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
|                             | II                         | III   | IV    | V     | VI    | VII   |
| I                           | .11                        | .30** | .27*  | .11   | .53** | .14   |
| II                          | 1                          | .12   | .37** | .68** | .31** | .12   |
| III                         |                            | 1     | .21   | .28*  | .61** | .34** |
| IV                          |                            |       | 1     | .34** | .36** | .06   |
| V                           |                            |       |       | 1     | .55** | .27*  |
| VI                          |                            |       |       |       | 1     | .19   |

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant; \*\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .001 (2-seitig) signifikant;

Selbstdarstellungskategorien: I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung, II.klagende Selbstdarstellung, I-II.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung, IV.externalisierungsorientierte Selbstdarstellung, V.hilfesuchende Selbstdarstellung, VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung, VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung

*Datennahe Interpretation:* Wie sind nun die hohen Interkorrelationen zwischen den Kategorien zwei und fünf sowie zwischen den Kategorien drei und sechs zu werten? Inhaltlich ist es als stimmig zu bewerten, dass die klagende Selbstdarstellung, in welcher die Patienten zeigen, dass sie es schwer haben/hatten, häufig gleichzeitig mit dem Fordern von Hilfe vom Therapeuten auftraten. Wenn diese beiden Selbstdarstellungseinheiten gemeinsam auftreten, beschreibt dies eine insgesamt passiv-klagende Orientierung der Patienten im Aufnahmegespräch. Zwei weitere Kategorien korrelierten hoch miteinander und geben inhaltlich ebenfalls ein stimmiges Ergebnis ab: Patienten, die eine gute Beziehung zum Therapeuten schaffen und ein guter Klient sein wollten, zeigten gleichzeitig auch oft, dass sie auch bereit sind, an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten. Diese beiden Kategorien charakterisieren, in Abgrenzung zu den vorher genannten Kategorien zwei und fünf, eher eine freundlich-aktive Orientierung der Patienten im Aufnahmegespräch. Hier wäre aus forschungstheoretischer Sicht als weiterführende Studie eine Clusteranalyse mit der Frage interessant, ob die Clusteranalyse zwei Cluster patientischer Selbstdarstellung – ein passiv-klagendes und ein freundlich-aktives Cluster – bestätigen würde. Aus methodischer Sicht wirft die hohe Interkorrelation einiger Skalen allerdings auch ein kritisches Licht auf die Güte des hier verwendeten Kategoriensystems nach Strunk (2004) für die vorliegende Studie: Die Interkorrelationen der Kategorien zwei und fünf sowie drei und sechs könnten ein Hinweis auf die fehlende Disjunktheit der genannten Kategorien sein. Um dies zu prüfen, wäre eine inhaltliche Sichtung der dem Kategorien-

system nach Strunk (2004) zugrunde liegenden 702 einzelnen Operatoren nötig – ob herauszufinden, ob sich die Operatoren der genannten Kategorien eventuell inhaltlich zu ähnlich sind. Diese Operatoren wurden allerdings in der Literatur nicht vollständig berichtet. Zu beachten ist natürlich, dass Strunk (2004) und Kollegen dieses Kategoriensystem im Rahmen eines Einzelfalls mithilfe einer Plananalyse erstellten - für den Einzelfall der untersuchten Patientin war das vorliegende Kategoriensystem also durchaus disjunkt. Allerdings wurde es bisher noch nicht in weiteren Studien validiert und für den Einsatz in einer breiteren Patientengruppe optimiert - wozu auch eine Zusammenlegung hoch interkorrelierender Kategorien gehören würde. Die übrigen Selbstdarstellungskategorien interkorrelieren im Bereich um  $r = .1$  und  $r = .3$ . Solche geringe bis mittelhohe Interkorrelationen von Kategorien innerhalb eines Kategoriensystems sind durchaus erwünscht und als günstig zu bewerten, schließlich bilden alle Kategorien auch Facetten desselben Gegenstandsreichs ab.

#### 4.3.2 Zusammenhang soziodemographische Merkmale und Selbstdarstellung

Zuerst werden die wichtigsten Pearson-Korrelationen bzw. punktbiserialen Korrelationen der soziodemographischen Merkmale Alter und Geschlecht mit den Ergebnissen der Selbstdarstellungsratings aus den Aufnahmesitzungen dargestellt (siehe Tab.4-5).

*Tabelle 4-5: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit den soziodemographischen Variablen Alter und Geschlecht (N=80)*

| Selbstdarstellungskategorie          | Produkt-Moment-Korrelation |                       |
|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------|
|                                      | Alter                      | Geschlecht            |
| I.kompetenzorientierte SD            | .20 (p= .082)              |                       |
| V.hilfesuchende Selbstdarstellung SD |                            | <b>.28*</b> (p= .011) |

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

Die Variable Alter korrelierte positiv mit einer kompetenzorientierten Selbstdarstellung ( $r = .20$ ,  $p = .082$ ), jedoch noch nicht signifikant. Die hilfeschuchende Selbstdarstellung korrelierte signifikant mittelhoch ( $r_{pb} = .28$ ,  $p = .011$ ) mit dem weiblichen Geschlecht. Im Anhang B.2 finden sich die detaillierten Ergebnisse sowohl für die Pearson- als auch für die Spearman-Korrelation der oben dargestellten soziodemographischen Merkmale. Die Korrelation zwischen der hilfeschuchenden Selbstdarstellung und dem Geschlecht zeigte sich auch bei Verwendung des Spearman-Koeffizienten als signifikant mittelhoch ( $\rho = .29$ ,  $p = .008$ ).

Es wurde im Anschluss ein *t-Test für unabhängige Stichproben* bezüglich des dichotom-nominalen Merkmals Geschlecht durchgeführt, um zu prüfen, ob hier ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich der hilfeschendenden Selbstdarstellung bestand (Mittelwertsvergleich): Im Durchschnitt zeigten Frauen ( $M=8.2$ ,  $SD=7.0$ ) mehr hilfeschendende Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch als Männer ( $M=4.5$ ,  $SD=3.7$ ). Dieser Unterschied ist mit  $T(78) = -3.13$ ,  $p < .05$  signifikant. Mit einer *Effektstärke von Cohens*  $d=0.28$  lag hier laut den Konventionen von Cohen (1988) ein mittelstarker Geschlechtereffekt vor.

*Datennahe Interpretation:* Aus den Daten kann geschlossen werden, dass sich Frauen deutlich hilfeschender im Aufnahmegespräch präsentierten als Männer, der Geschlechtereffekt ist mittelhoch.

#### 4.3.3 Zusammenhang Anreiz, Therapiemotivation und Selbstdarstellung

##### 4.3.3.1 Zusammenhang Anreiz und Selbstdarstellung (*Unterstichprobe Rentenangabe*)

Nun werden die Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit den externen Anreizvariablen „Subjektive Erwerbsprognose“ nach Löffler et al. (2008) und „Rentenwunsch“ dargestellt, so wie die Patienten diese Fragen in einem Kurzfragebogen bei Entlassung angaben (siehe Beschreibung Unterstichprobe Rentenangabe im Methodenteil, Kap. 3.2.1.1). Da dieser Fragebogen, wie explizit in der Patientenaufklärung erwähnt, zugesichertermaßen nur in Bezug auf die vorliegende Studie verwendet wurde und nicht in die Krankenakte einging, ermöglichte dieses Vorgehen aus Sicht der Studienleitung eine erhöhte Offenheit der Patienten im Bezug auf kritische Fragen - wie etwa der Frage nach einem möglichen Rentenwunsch.

Zu den Pearson-Korrelationen (siehe Tab.4-6) welche aufgrund der gerichteten Hypothesen zu externen Anreizen in den Selbstdarstellungskategorien I, II, IV, V, VI, und VII einseitig auf Signifikanz getestet wurden (siehe Kap. 3.4.2.2): Die II.klagende Selbstdarstellung der Patienten korrelierte signifikant mittelhoch mit der subjektiven Erwerbsprognose ( $r = .34$ ,  $p = .008$ ). Auch korrelierte die II.klagende Selbstdarstellung mittelhoch mit dem Rentenwunsch (ja/nein) - also mit der positiven Beantwortung der Frage „Ich trage mich zurzeit mit dem Gedanken, einen Rentenantrag (Frührente aus Gesundheitsgründen) zu stellen“ der Patienten am Ende der Behandlung ( $r_{pb} = .44$ ,  $p = .001$ ). Die hilfeschendende Selbstdarstellung korrelierte mittelhoch mit dem Rentenwunsch (ja/nein;  $r_{pb} = .32$ ,  $p = .012$ ).

Auch die Spearman-Korrelationen der II.klagenden Selbstdarstellung mit der subjektiven Erwerbsprognose zeigte sich mittelhoch und signifikant ( $\rho = .26$ ,  $p = .035$ ). Bei der Spearman-Korrelation der II.klagenden Selbstdarstellung mit dem Rentenwunsch (ja/nein) war die Korrelation ebenfalls mittelhoch und signifikant ( $\rho = .39$ ,  $p = .003$ ). Der Spearman-Koeffizient der V.hilfesuchenden Selbstdarstellung mit dem Rentenwunsch (ja/nein) war mit  $\rho = .38$  ( $p = .003$ )

ebenfalls signifikant. Die detaillierten Ergebnisse der Korrelationsanalysen mit dem Pearson und dem Spearman-Koeffizienten befinden sich im Anhang B.3.

Tabelle 4-6: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien mit externem Anreiz, Fragebogen Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008), n=49

| Selbstdarstellungskategorie          | Produkt-Moment-Korrelation  |                              |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
|                                      | Subjektive Erwerbsprognose  | Rentenwunsch (ja/nein)       |
| II.klagende SD                       | .34* <sup>^</sup> (p= .008) | .44** <sup>^</sup> (p= .001) |
| V.hilfesuchende Selbstdarstellung SD |                             | .32* <sup>^</sup> (p= .012)  |

\*\*<sup>^</sup> Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.001 (1-seitig) signifikant; \*<sup>^</sup> Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (1-seitig) signifikant

Die externen Anreizvariablen wurden mit dem Fragebogen Rentenwunsch und Subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008) für Patienten in der Entlasswoche – unabhängig von der Krankenakte - abgefragt.

Da zur Beziehung zwischen einem Rentenwunsch und der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch gerichtete Hypothesen formuliert wurden (siehe Kap. 3.4.2.2), soll nun geprüft werden, ob die Korrelationen auch unter Einbeziehung des multiplen Testproblems signifikant sind (*Bonferroni-Korrektur* mit der Formel  $\alpha' = \alpha / m$  mit m Tests; wobei  $\alpha$  in dieser Studie mit .05 festgelegt wurde). Bei sieben Selbstdarstellungskategorien mal zwei Variablen (subjektive Erwerbsprognose und Rentenwunsch) wurden an dieser Stelle bezüglich des externen Anreizes 14 Korrelationen (Tests) durchgeführt, was einem Bonferroni-korrigiertes Signifikanzniveau von  $\alpha' = .004$  ( $\alpha' = \alpha / m = .05 / 14 = .004$ ) entspricht. Die hohe Korrelation zwischen II.klagende Selbstdarstellung mit dem Rentenwunsch (ja/nein) der Patienten am Ende der Behandlung ( $r_{pb} = .44$ ,  $p = .001$ ) bleibt somit signifikant, was für einen klar überzufälligen Zusammenhang spricht.

Es wurde im Anschluss ein *T-Test für unabhängige Stichproben* durchgeführt, um zu prüfen, ob hier ein statistisch signifikanter Gruppenunterschied zwischen Patienten mit und ohne Rentenwunsch bezüglich der klagenden Selbstdarstellung besteht (Mittelwertsvergleich): Im Durchschnitt zeigten die 10 Patienten mit Rentenwunsch (M=10.6, SD=5.2) mehr klagende Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch als die 39 Patienten ohne Rentenwunsch (M=5.7, SD=3.9). Dieser Unterschied ist mit  $T(47) = -2.76$ ,  $p < .05$  signifikant. Mit einer *Effektstärke von Cohens d=1.20* liegt hier laut den Konventionen von Cohen (1988) ein großer Effekt des Rentenwunsches vor.

Die Ergebnisse in der *einfaktorischen Varianzanalyse* zeigen an dieser Stelle einen F-Wert von  $F(1, 47) = 11.1$  ( $p = .002$ ), die Gruppen „Patienten mit Rentenwunsch“ und „Patienten ohne Rentenwunsch“ unterscheiden sich somit signifikant bezüglich dem Klagen im Aufnahmegespräch. Der Levene-Test auf Varianzhomogenität ist an dieser Stelle nicht signifikant und somit sind die

Voraussetzungen der Varianzanalyse hier erfüllt. Zur Begründung dieses ergänzenden statistischen Vorgehens bezüglich der Varianzanalyse siehe Kap. 3.4.2.3.

Nun wurde noch ein weiterer *T-Test für unabhängige Stichproben* durchgeführt, um zu eruieren, ob auch der Gruppenunterschied zwischen den 10 Rentenwunsch und den 39 Nicht-Rentenwunsch-Patienten bezüglich der hilfeschenden Selbstdarstellung signifikant ist (Mittelwertsvergleich): Im Durchschnitt zeigten Patienten mit Rentenwunsch ( $M=8.2$ ,  $SD=3.7$ ) mehr hilfeschende Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch als Patienten ohne Rentenwunsch ( $M=4.9$ ,  $SD=4.1$ ). Dieser Unterschied ist mit  $T(47) = -2.49$ ,  $p < .05$  signifikant. Mit einer *Effektstärke von Cohens d* = .84 liegt hier laut Cohen (1988) ebenfalls ein großer Effekt des Rentenwunsches vor.

Die *einfaktorische Varianzanalyse* zeigt mit  $F(1, 47) = 5.4$  ( $p=.025$ ) hier ebenfalls einen signifikanten Gruppenunterschied bezüglich der hilfeschenden Selbstdarstellung zwischen den Patientengruppen mit und ohne Rentenwunsch.

Die Einschätzungen der externen Anreizvariablen Subjektive Erwerbsprognose und Rentenwunsch bei Therapieende nahmen exploratorisch neben den Patienten auch die Therapeuten für diese Studie in einem Kurzfragebogen vor (Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al., 2008). Inwieweit die Patienten- und Therapeutenurteile zusammenhängen, zeigten die jeweiligen Übereinstimmungsmaße: Die Produkt-Moment-Korrelation zwischen der subjektive Erwerbsprognose aus Patienten- und Therapeutesicht war signifikant hoch ( $r=.79$ ,  $p=.000$ ). Der *Phi-Koeffizient* zwischen der dichotomen Variable „Rentenwunsch“ (ja/nein) aus Patienten- und Therapeutesicht beträgt .61 ( $p=.000$ ).

*Datennahe Interpretation:* Die Höhe der Korrelationen zwischen dem Rentenwunsch (ja/nein) und der hilflosen Selbstdarstellung und insbesondere zwischen dem Rentenwunsch (ja/nein) und der klagenden Selbstdarstellung ist überraschend – insbesondere wenn man bedenkt, dass der Rentenwunsch nur über ein einziges Item operationalisiert ist. Dies bedeutet, dass zwischen nur einer Frage an den Patienten (Selbsturteil Patient) und seinem Klagen (Fremdurteil im Videoring) ein deutlicher positiver Zusammenhang besteht. Gleiches gilt für hilfeschendes Verhalten. Es liegen an dieser Stelle große Effekte des Rentenwunsches (ja/nein) sowohl auf das Klagen im Aufnahmegespräch als auch auf das Hilfe beim Therapeuten fordern vor. Allerdings sind einschränkend hier die kleine Stichprobengröße ( $n=49$  allgemein für Unterstichprobe Rentenangabe; wobei  $n=10$  Patienten einen Rentenwunsch und  $n=39$  keinen Rentenwunsch angaben) sowie die höhere Standardabweichung (Streuung) der klagenden Selbstdarstellung bei der Rentenwunsch-Gruppe zu beachten.

Trotz der aus statistischer Sicht hohen Korrelationen der Patienten- und Therapeutenurteile in den beiden anreizbezogenen Variablen „Rentenwunsch“ und „subjektive Erwerbsprognose“ überrascht aus psychotherapeutischer Sicht jedoch, dass die Korrelationen zwischen den Therapeuteinschätzungen und den Patienteneingaben nicht noch näher an 1 waren. Schließlich sollte ein Therapeut nach einer durchschnittlich sechs Wochen andauernden, intensiven und vollstationären

Therapie wissen, ob sein Patient einen Rentenwunsch hat oder nicht mehr ins Erwerbsleben zurückkehren möchte. Der Phi-Koeffizient von .61 zwischen der Angabe „Rentenwunsch“ beim Patienten und beim Therapeuten ist aus psychotherapeutischer Sicht daher als gering zu bewerten. Dieser geringe Zusammenhang könnte auch mit der Vermeidung von Therapeuten zusammenhängen, ihre Patienten explizit nach gestellten Rentenanträgen oder möglichen Rentenwünschen zu fragen. Auslöser könnte die Angst des Therapeuten vor einer Störung der therapeutischen Beziehung sein, wenn dieser befürchtet, der Patient könnte seine Rentenfragen als Unterstellung von Aggravierung oder Simulation von Symptomen verstehen.

#### 4.3.3.2 Zusammenhang Therapiemotivation und Selbstdarstellung

Um die Frage zu beantworten, wie die Therapiemotivation als allgemeines Konstrukt, gemessen über den Therapiemotivationsfragebogen FPTM nach Nübling (2006), mit der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch zusammenhängt, wurden die sieben Selbstdarstellungskategorien mit den sechs Dimensionen des FPTM korreliert (siehe Tab.4-7). Da eine gerichtete Hypothese zum Zusammenhang zwischen der Therapiemotivation und den Selbstdarstellungskategorien bestand, wurde für die Selbstdarstellungskategorien I, II, IV, V, VI, und VII einseitig getestet (siehe Kap. 3.4.2.2). Aufgrund der explorativen, multiplen Korrelationen ist an dieser Stelle erneut das multiple Testproblem (siehe Kap. 3.4.2.2) zu beachten.

Neun Pearson-Korrelationen der Therapiemotivationssskalen mit der Selbstdarstellung im Erstgespräch sind auf dem Niveau von 0.05 (1-seitig) signifikant. Die I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung korrelierte schwach negativ ( $r = -.23$ ,  $p = .019$ ) mit psychischem Leidensdruck, mit dem Spearman-Maß ist diese Korrelation nicht mehr signifikant. Die mit Pearson signifikante positive Korrelation ( $r = .20$ ,  $p = .038$ ) zwischen I.kompetenzorientierter Selbstdarstellung und Initiative war auch mit Spearman signifikant ( $\rho = .26$ ,  $p = .010$ ). Die II. klagende Selbstdarstellung korreliert mit dem Pearson-Koeffizienten ( $r = .19$ ,  $p = .044$ ) signifikant positiv mit psychischem Leidensdruck, mit dem Spearman-Koeffizienten war diese Korrelation nicht mehr signifikant. Die IV.externalisierungsorientierte Selbstdarstellung korrelierte (Pearson-Korrelation) signifikant positiv mit Initiative ( $r = .19$ ,  $p = .046$ ) und signifikant negativ mit Symptombezogener Zuwendung durch Andere ( $r = -.21$ ,  $p = .033$ ); nur die Korrelation mit Initiative bleibt auch bei Spearman signifikant ( $\rho = .19$ ,  $p = .046$ ). Bei der V.hilfesuchenden Selbstdarstellung waren zwei Pearson-Korrelationen signifikant, die zwischen der V.hilfesuchenden Selbstdarstellung und dem Psychischen Leidensdruck ( $r = .19$ ,  $p = .043$ ) sowie der Symptombezogenen Zuwendung ( $r = -.21$ ,  $p = .032$ ); beide Korrelationen waren bei Spearman fast signifikant. Die VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung korrelierte mit dem Pearson-Maß mittelhoch positiv ( $r = .29$ ,  $p = .005$ ) mit Initiative – ebenso wie mit dem Spearman-Koeffizienten ( $\rho = .35$ ,  $p = .001$ ). Die mit Pearson signifikante Korrelation ( $r = .20$ ,  $p = .039$ ) zwischen VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung und Symptombezogener Zuwen-

derung durch Andere war auch mit Spearman signifikant ( $\rho=.32$ ,  $p=.002$ ). Für Ergebnisse im Detail siehe Anhang B.3.

Tabelle 4-7: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit den sechs Skalen des Fragebogens zur Therapiemotivation (FPTM) nach Nübling (2006),  $N=80$

| Selbstdarstellungskategorie          | Produkt-Moment-Korrelation<br>(Patientenangaben Aufnahme) |                     |   |        |                             |  |
|--------------------------------------|---|---------------------|---|--------|-----------------------------|--|
|                                      | Psychischer Leidensdruck                                  | Hoffnung            | Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit | Wissen | Initiative                  | Symptombezogene Zuwendung durch Andere |
| I.kompetenzorientierte SD            | <b>-.23*</b><br>( $p=.019$ )                              | .18<br>( $p=.052$ ) | -.21<br>( $p=.029$ )                      |        | <b>.20*</b><br>( $p=.038$ ) |  |
| II.klagende SD                       | <b>.19*</b><br>( $p=.044$ )                               |                     |   |        | .16<br>( $p=.080$ )         |  |
| IV.externalisierungsorientierte SD   |   |                     |   |        | <b>.19*</b><br>( $p=.046$ ) | <b>-.21*</b><br>( $p=.033$ )           |
| V.hilfesuchende Selbstdarstellung SD | <b>.19*</b><br>( $p=.043$ )                               |                     |   |        |                             | <b>-.21*</b><br>( $p=.032$ )           |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD       |   |                     |   |        | <b>.29*</b><br>( $p=.005$ ) | .16<br>( $p=.074$ )                    |
| VII.vermeidungsorientierte SD        |   |                     |   |        |                             | <b>.20*</b><br>( $p=.039$ )            |

\*` Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (1-seitig) signifikant

Zu beachten ist grundsätzlich bei einer Anzahl von  $7*6=42$  Korrelationen das multiple Testproblem, welches bei ansteigender Anzahl von Korrelationen signifikante oder fast signifikante Korrelationen wahrscheinlicher macht, siehe hierzu Kapitel 3.4.2.2. Nach einer Alpha-Adjustierung (Bonferroni-Korrektur, siehe Kap. 3.4.2.2) mit  $\alpha' = 0.001$  ( $\alpha' = \alpha / m = .05 / 42 = .001$ ) wäre keine der Pearson-Korrelationen mehr signifikant.

*Datennahe Interpretation:* Zahlreiche Zusammenhänge zwischen sechs der sieben Selbstdarstellungskategorien und den Skalen der Therapiemotivation waren signifikant – alle Korrelationen

nen waren hierbei gering oder mittelhoch ausgeprägt. Die höchste Korrelation war die zwischen Initiative und aktiv-lösungsorientierter Selbstdarstellung – diese Korrelation kann aufgrund der inhaltlichen Nähe beider Konzepte als Beleg für die Konstruktvalidität (konvergente Validität) des Beobachtungs-Kategoriensystems gesehen werden; Gleiches gilt für die Korrelation von Initiative mit der kompetenzbezogenen Selbstdarstellung. Am zweithöchsten war die Korrelation zwischen Psychischem Leidensdruck und kompetenzbezogener Selbstdarstellung: Je höher der Psychische Leidensdruck ist, umso weniger Stärken und Kompetenzen präsentierten die Patienten spontan – dieser Zusammenhang erscheint intuitiv plausibel. Umso mehr Psychischer Leidensdruck, umso mehr klagten die Patienten auch und forderten Hilfe vom Therapeuten. Von besonderem Interesse sind auch die dritthöchsten Korrelationen zwischen der Symptombezogenen Zuwendung durch Andere und sowohl der hilfeschendenden Selbstdarstellung als auch der externalisierungsorientierten Selbstdarstellung: Je mehr Symptombezogene Zuwendung die Patienten von ihrem Umfeld bezüglich ihres Leidens erfuhren, umso weniger Hilfe forderten sie vom Therapeuten und umso weniger attribuierten sie ihr Leiden external – die Autorin dieser Studie hätte hier einen genau umgekehrten Zusammenhang vermutet. Aber vielleicht führte die Zuwendung durch Andere im psychischen Leiden dazu, dass das Bedürfnis, Hilfe vom Therapeuten zu fordern und andere Personen für das Leiden verantwortlich zu machen, reduziert wird.

#### 4.3.4 Zusammenhang störungsbezogene Variablen und Selbstdarstellung

*Depressivität, Erstmanifestation und Aufenthaltsdauer.* Bei den Korrelationen mit dem BDI-II-Wert bei Aufnahme wurde mit den Selbstdarstellungskategorien I, II, V und VI einseitig getestet, da zum Zusammenhang zwischen Depressivität und diesen vier Selbstdarstellungskategorien eine gerichtete Hypothese bestand (siehe Kap. 3.4.2.2). Die übrigen Korrelationen wurden zweiseitig getestet. Tabelle 4-8 zeigt die signifikanten und fast signifikanten Ergebnisse der Pearson-Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien mit den störungsbezogenen Merkmalen BDI-II-Wert bei Aufnahme (Depressivität), Erstmanifestation in Jahren und Aufenthaltsdauer in Tagen.

Die I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung korrelierte signifikant mittelhoch ( $r = .27$ ,  $p = .008$ ) nach Pearson mit dem Depressivitäts-Wert im Becks Depressions-Inventar II bei Aufnahme. Außerdem korrelierte die V.hilfesuchende Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch signifikant niedrig ( $r = .23$ ,  $p = .045$ ) nach Pearson mit der Aufenthaltsdauer. Fast signifikant waren die Pearson-Korrelationen der II.klagenden Selbstdarstellung mit dem Depressivitäts-Wert im Becks Depressions-Inventar II bei Aufnahme und mit der Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation.

Tabelle 4-8: Korrelationen der fünf Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit dem BDI-II-Wert bei Aufnahme, der Erstmanifestation der Erkrankung in Jahren und der Aufenthaltsdauer in Tagen (N=80)

| Selbstdarstellungskategorie          | Produkt-Moment-Korrelation       |  |  |
|--------------------------------------|----------------------------------|--|--|
|                                      | BDI-II bei Aufnahme <sup>a</sup> | Erstmanifestation (in Jahren) <sup>b</sup> | Aufenthaltsdauer (in Tagen) <sup>b</sup> |
| I.kompetenzorientierte SD            | - .27* <sup>^</sup> (p= .008)    |  |  |
| II.klagende SD                       | .16 (p= .082)                    | .21 (p= .067)                              |  |
| V.hilfesuchende Selbstdarstellung SD |                                  |  | .23* (p= .045)                           |

\*<sup>^</sup> Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (1-seitig) signifikant; \* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant; <sup>a</sup> Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung; <sup>b</sup> Erfasst über das klinikinterne Basisdokumentationssystem BADO durch die Bezugstherapeuten

Bei der Berechnung des Spearman-Korrelationskoeffizienten zeigte sich für die Variablen der beiden signifikanten Pearson-Korrelationen keine signifikanten Spearman-Korrelationen, jedoch war die Korrelation zwischen der I.kompetenzorientierten Selbstdarstellung und dem BDI-II-Wert (Depressivität) bei Aufnahme fast signifikant ( $\rho = -.21$ ,  $p = .057$ ) (siehe Anhang B.4). Dafür wurde mit Spearman die Korrelation zwischen II.klagende Selbstdarstellung und Erkrankungsdauer seit Erstmanifestation ( $\rho = .24$ ,  $p = .030$ ) signifikant.

*Datennahe Interpretation:* Je depressiver sich die Patienten bei Aufnahme einschätzten, umso weniger zeigen sie im Aufnahmegespräch auch spontan ihre Kompetenzen und Stärken, so die oben statistisch beschriebenen Zusammenhänge in versprachlichter Form. Zudem ist interessant, dass je mehr Hilfe die Patienten vom Therapeuten in der Aufnahmesitzung forderten, umso länger blieben sie auch in der Klinik. Beide Zusammenhänge überraschen nicht. Allerdings hätte die Autorin dieser Studie hier noch weitere Zusammenhänge zwischen den störungsbezogenen Variablen und den anderen Selbstdarstellungskategorien vermutet – insbesondere ging die Autorin dieser Studie aufgrund des klinischen Eindrucks und den bekannten Depressionstheorien (z.B. der Theorie der erlernten Hilflosigkeit nach Seligman, 1999, siehe Kap. 2.2) stets davon aus, dass die Variable Depressivität einen deutlichen Einfluss auf hilfesuchendes Verhalten des Patienten und vor allem auch auf sein Klagen im Aufnahmegespräch habe. Dies scheint nicht der Fall zu sein.

*Brief Symptom Inventory (BSI).* Bei den Person-Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien mit den 12 Unterskalen des Brief Symptom Inventorys (BSI) zeigten sich zahlreiche geringe bis mittelhohe Korrelationen (siehe Tab.4-9), welche sich fast identisch auch in den Spearman-Korrelation (siehe Anhang B.4) finden ließen. Insbesondere korrelierte die Selbstdarstellungskategorie I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung mit sieben von elf BSI Skalen signifikant. Auch bei dieser Analyse ist das multiple Testproblem bei der vorliegenden exploratorischen Untersuchung

zu beachten. Detaillierte Ergebnisse für die Pearson- und Spearman-Korrelation sind in Anhang B.4 abgedruckt.

Tabelle 4-9: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit den zwölf Skalen des Brief Symptom Inventory (BSI) nach Franke (2000), N=80

| Selbstdarstellungskategorie | Produkt-Moment-Korrelation<br>(Patientenangaben Aufnahme) |                          |                          |                          |               |                               |                          |                         |                         |                         |                         |                         |
|-----------------------------|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
|                             | Somatisierung   | Zwanghaftigkeit          | Soziale Unsicherheit     | Depressivität            | Ängstlichkeit | Aggressivität/ Feindseligkeit | Phobische Angst          | Misstrauischer Denkstil | Entfremdungserleben     | GSI                     | PST                     | PSDI                    |
| I. SD                       |   | <b>-.27*</b><br>(p=.015) | <b>-.24*</b><br>(p=.029) | <b>-.27*</b><br>(p=.017) |               | <b>-.26*</b><br>(p=.021)      | <b>-.23*</b><br>(p=.038) | -.19<br>(p=.087)        |                         | <b>.26*</b><br>(p=.020) | <b>.28*</b><br>(p=.011) |                         |
| II. SD                      |   | <b>.24*</b><br>(p=.033)  |                          | <b>.22*</b><br>(p=.049)  |               |                               |                          |                         | <b>.26*</b><br>(p=.021) | <b>.20</b><br>(p=.072)  |                         | <b>.23*</b><br>(p=.043) |
| III. SD                     | <b>-.26*</b><br>(p=.019)                                  |                          |                          |                          |               |                               |                          |                         |                         |                         |                         |                         |
| V. SD                       |   |                          |                          |                          |               |                               |                          |                         | .21<br>(p=.057)         |                         |                         |                         |
| VII. SD                     | <b>-.24*</b><br>(p=.031)                                  |                          |                          | -                        |               |                               |                          |                         |                         |                         |                         |                         |

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von .05 (2-seitig) signifikant

Selbstdarstellungskategorien: I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung, II.klagende Selbstdarstellung, I-II.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung, IV.externalisierungsorientierte Selbstdarstellung, V.hilfesuchende Selbstdarstellung, VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung, VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung

*Datennahe Interpretation.* Die häufigsten Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien fanden sich mit der kompetenzbezogenen Selbstdarstellung (sieben signifikante Korrelationen, sechs davon mittelhoch) und mit der klagenden Selbstdarstellung (vier Korrelationen, eine davon mittelhoch). Dies wirft folgende Frage auf: Welche Bedeutung hat insbesondere die kompetenzorientierte Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch bezüglich der Stärke der Symptomausprägung in den verschiedenen Störungsbereichen des Brief Symptom Inventory? Kann, wie schwer die Patien-

ten mit psychischen Symptomen belastet sind, die Häufigkeit, mit der Patienten im Erstgespräch von sich aus auf eigene, noch verbliebene Stärken und Kompetenzen hinweisen, vorhersagen? Die regressionsanalytische Betrachtung in Kapitel 4.4.1.4 wird diese Frage beantworten. Auf den ersten Blick stimmt der mit diesen Korrelationen ausgedrückte Zusammenhang „je weniger Kompetenzen Patienten im Gespräch spontan zeigten, umso schwerer waren auch ihre psychischen Beschwerden“ auch mit dem klinischen Eindruck überein, dass stärker belastete Patienten auch mehr auf ihre Störung und auf ihre Defizite fokussiert sind und ihre Stärken fast vollständig aus den Augen verloren haben.

*Vertiefender Exkurs:* Die kompetenzorientierte Selbstdarstellung wurde mit einer Häufigkeit von durchschnittlich 1.18 Ratings pro Video (SD=1.85, Range=0-9; siehe Tab.4-3) jedoch sehr selten geratet. An dieser Stelle stellt sich bezüglich der häufigen Korrelationen der kompetenzorientierten Selbstdarstellung mit den BSI-Skalen - und weiteren Korrelationen anderer Variablen mit der kompetenzorientierten Selbstdarstellung im Verlauf dieser Arbeit - die Frage nach den Auswirkungen dieses seltenen Ratings von Selbstdarstellungskategorie eins. Zur Beantwortung der Frage, ob die Verteilung der kompetenzorientierten Selbstdarstellung (mögliche Verteilungsanomalie) eventuell unerwünschte Auswirkungen auf die dargestellten Korrelationen gehabt haben könnte – ob es an dieser Stelle etwa zu Verzerrungen der Korrelationen mit einer Überschätzung der Zusammenhänge gekommen sein könnte, wurde - wiederholend und vertiefend zur Prüfung der Verfahrensvoraussetzungen (siehe Kap. 3.4.2.1) - folgende Maßnahmen ergriffen: Für *alle* Variablen, welche an dieser oder einer anderen Stelle dieser Arbeit hoch mit der I.kompetenzorientierten Selbstdarstellung korrelierten, wurden erneut die Streudiagramme (Scatterplots) erfolgreich auf lineare Zusammenhänge sowie auf das Fehlen von extremen Werten (Ausreißer) geprüft. Diese graphischen Darstellungen ermöglichen eine gute abschließende Einschätzung, ob die gefundenen Pearson-Korrelationen – mit der Korrelation als *Maßzahl* für die Stärke der gefundenen linearen Zusammenhänge - den *tatsächlichen* Zusammenhang der Variablen im Streudiagramm abbilden oder ob Ausreißer oder Null-Ratings die Ergebnisse verzerrten. Dies war augenscheinlich nicht der Fall. Zweitens wurde das Histogramm der standardisierten Residuen der kompetenzorientierten Selbstdarstellung (mit der Normalverteilungskurve als Orientierungspunkt) sowie das P-P-Diagramm der standardisierten Residuen der kompetenzorientierten Selbstdarstellung erneut geprüft, um zu sehen, ob die Voraussetzung der Normalverteilung der Residuen (siehe Kap. 3.4.2.1) für die Berechnung von Pearson-Korrelationen tatsächlich erfüllt wurde. Dies war überwiegend der Fall - wenn auch nicht in solch idealer Weise wie bei den häufig gerateten Selbstdarstellungskategorien, beispielsweise Selbstdarstellungskategorien drei und fünf (siehe Tab.4-3).

*Fortsetzung datennahe Interpretation:* Auch das Ergebnis, dass eine klagende Selbstdarstellung in einem positiven korrelativen Zusammenhang mit Depressivität und dem Stress-Index der Beschwerden (PSDI) – einem reinen Intensitäts-Maß der verschiedenen Beschwerdebereiche – steht, erscheint klinisch absolut nachvollziehbar. Das aber die vermeidungsorientierte Selbstdarstel-

lung in negativem Zusammenhang mit der Somatisierung steht ist - insbesondere vor dem Hintergrund, dass das Somatisierungskonzept auch einen Schwerpunkt auf die Verschiebung nicht geäußelter Emotionen oder nicht gelöster interaktioneller oder innerpsychischer Konflikte auf die Körperebene legt (siehe z.B. Damasio, 2006, der „Körper als Bühne der Gefühle“) - ungewöhnlich. Schließlich besagt der gefundene Zusammenhang: Je mehr Vermeidung relevanter Probleme im Aufnahmegespräch, umso weniger Somatisierung. Auch hier wurde der Scatterplot erneut erfolgreich auf Linearität und das Nicht-Vorhandensein relevanter Ausreißer (mögliche Verteilungsanomalien) geprüft. Der Spearman-Koeffizient spricht an dieser Stelle mit  $\rho = -.33$  ( $p = .002$ ; siehe Anhang B.4) ebenfalls für einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen Somatisierung und vermeidungsbezogener Selbstdarstellung, auch wenn dieser auf den ersten Blick in der psychotherapeutischen Praxis schwer nachvollziehbar erscheint. Der negative Zusammenhang zwischen Somatisierung und freundlich-beziehungsorientierter Selbstdarstellung wiederum bestätigt den klinischen Eindruck einer schwierigeren therapeutischen Kommunikation und Beziehungsgestaltung mit Somatisierungspatienten.

#### 4.3.5 Zusammenhang persönlichkeitsbezogene Variablen und Selbstdarstellung

Tabelle 4-10 zeigt die Person-Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien mit den Big Five Persönlichkeitseigenschaften. Nur mit der Skala Neurotizismus traten signifikante oder fast signifikante Korrelationen auf: Die I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung korreliert mittelhoch - und dies mit der Persönlichkeitseigenschaft Neurotizismus ( $r = -.35$ ,  $p = .002$ ). Die VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung korrelierte ebenfalls mittelhoch mit Neurotizismus ( $r = -.25$ ,  $p = .028$ ). Auch die Spearman-Koeffizienten waren für diese Pearson-Korrelationen mit Neurotizismus ähnlich hoch ( $\rho = -.29$ ,  $p = .010$  für die erste Selbstdarstellungskategorie;  $\rho = -.21$ ,  $p = .072$  für die fünfte Selbstdarstellungskategorie). Die detaillierten Ergebnisse zu den Spearman- und Pearson-Korrelationen befinden sich in Anhang B.5.

*Datennahe Interpretation:* Bezüglich der Big-Five Persönlichkeitsmerkmale scheint die Persönlichkeitseigenschaft Neurotizismus einen besonderen Stellenwert in Bezug auf die Selbstdarstellung in der ersten Psychotherapiesitzung einzunehmen. Je neurotischer sich die Patienten einschätzten, umso weniger zeigten sie ihre Stärken und Kompetenzen im Aufnahmegespräch und umso weniger zeigten sie Interesse und Bereitschaft, an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten - aus psychotherapeutischer Sicht ein absolut plausibler Zusammenhang. Allerdings hätte ich zusätzlich noch eine signifikante Korrelation zwischen der Big Five Dimension Verträglichkeit und der Selbstdarstellungskategorie freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung vermutet, da sich diese Konzepte inhaltlich sehr ähnlich sind. Zudem hätte ich auch einen signifikanten Zusammenhang zwischen Extraversion und der Selbstdarstellung vermutet - ich ging intuitiv davon aus, dass Patienten umso mehr Selbstdarstellungseinheiten spontan präsentieren, umso extravertierter sie

sind. Beides ist nicht der Fall. Die Pearson-Korrelationen mit Extraversion (siehe Anhang B.5) kamen alle nicht über .11 hinaus und der Zusammenhang zwischen Verträglichkeit und freundlich-beziehungs-orientierter Selbstdarstellung war sogar leicht negativ.

Tabelle 4-10: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit den fünf Skalen des NEO-FFI, N=80

| Selbstdarstellungskategorie    | Produkt-Moment-Korrelation<br>(Patientenangaben Aufnahme) |              |                         |                 |                    |
|--------------------------------|---|--------------|-------------------------|-----------------|--------------------|
|                                | Neurotizismus   | Extraversion | Offenheit für Erfahrung | Verträglichkeit | Gewissenhaftigkeit |
| I.kompetenzorientierte SD      | -.35*<br>(p= .002)  |              |                         |                 |                    |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD | -.25*<br>(p= .028)  |              |                         |                 |                    |

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

*Perfektionistische Selbstdarstellung PSPS.* Zu den Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien mit den drei Skalen der perfektionistischen Selbstdarstellung (siehe Tab.4-11) lässt sich Folgendes berichten: Nur die I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung korrelierte signifikant negativ mit perfektionistischer Selbstdarstellung. Sie korrelierte gering ( $r = -.22$ ,  $p = .050$ ) mit Vermeiden von Imperfektion sowie mittelhoch ( $r = -.27$ ,  $p = .014$ ) mit Verschweigen von Imperfektion. Letztere Korrelation war auch mit dem Spearman-Koeffizienten signifikant ( $\rho = -.30$ ,  $p = .008$ , siehe Anhang B.5). Bei den Spearman-Korrelationen korrelierte darüber hinaus die IV.externalisierungsorientierte Selbstdarstellung mittelhoch mit Vermeiden von Imperfektion ( $\rho = .28$ ,  $r = .012$ ).

Tabelle 4-11: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit der Skala Perfektionistische Selbstdarstellung nach Renner (2011), N=80

| Selbstdarstellungskategorie | Produkt-Moment-Korrelation      |                            |                               |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------------|-------------------------------|
|                             | Perfektionistische Eigenwerbung | Vermeiden von Imperfektion | Verschweigen von Imperfektion |
| I.kompetenzorientierte SD   |                                 | - .22* (p= .050)           | - .27* (p= .014)              |

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

*Datennahe Interpretation:* Auch bei der perfektionistischen Selbstdarstellung spielte die kompetenzorientierte Selbstdarstellung eine Rolle: Je stärker die Tendenz der Patienten im Selbsturteil, Imperfektion zu vermeiden und zu verbergen, umso weniger Stärken und Kompetenzen zeigten sie auch im Aufnahmegespräch. Die Autorin dieser Studie hatte keine Erwartungen weiterer signifikanter Korrelationen in Bezug auf die perfektionistische Selbstdarstellung.

*Aquisitive, protektive und Persönlichkeitsdarstellung (ASÜ, PSÜ, SPS).* In Hinblick auf die fünf Skalen der Fragebögen zur aquisitiven Selbstüberwachung (ASÜ), protektiven Selbstüberwachung (PSÜ) und der Persönlichkeitsdarstellung (SPS) nach Laux und Renner (2002) mit der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch zeigte sich nur eine signifikante Korrelationen nach Pearson (siehe Tab.4-12 und Anhang B.5): Die I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung und die Selbstdarstellungskompetenz, eine Skala der aquisitiven Selbstdarstellung, korrelierten mittelhoch ( $r = .27$ ,  $p = .018$ ; siehe Anhang B.5 Spearman-Korrelation mit  $\rho = .31$ ,  $p = .005$ ). Fast signifikant ist die Pearson Korrelation dieser Selbstdarstellungsskala auch mit der Persönlichkeitsdarstellung (Authentizitätsskala). Aufgrund der hier exploratorisch durchgeführten multiplen Korrelationen ist an dieser Stelle erneut das multiple Testproblem (siehe Kap. 3.4.2.2) zu beachten.

*Datennahe Interpretation.* Diejenigen Patienten, die im Aufnahmegespräch mehr ihre Stärken und Kompetenzen präsentierten, beschrieben sich auch als besser darin, in sozialen Situationen ihr Verhalten so anzupassen, dass sie sozialen Erfolg erzielen. Sie schrieben sich also sowohl mehr Kompetenz zu, ihr selbstdarstellungsrelevantes Verhalten im Rahmen des Impression-Management-Ansatzes auf der Verhaltensebene anpassen zu können und präsentierten gleichzeitig im Aufnahmekontakt auch mehr Stärken auf der Verhaltensebene. Dieser Zusammenhang kann als Hinweis für die Inhaltsvalidität der ersten Selbstdarstellungskategorie nach Strunk (2004) gesehen werden.

Tabelle 4-12: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit den fünf Skalen der Fragebögen zur Aquisitiven (ASÜ), Protektiven (PSÜ) und Persönlichkeitsdarstellung (SPS) nach Laux und Renner (2002), N=80

| Selbstdarstellungskategorie | Produkt-Moment-Korrelation<br>(Patientenangaben Aufnahme) |                          |                         |                                |                                  |
|-----------------------------|---|--------------------------|-------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
|                             | Selbstdarstellungskompetenz                               | Wahrnehmungssensibilität | Protektive Variabilität | Protektiver sozialer Vergleich | Skala Persönlichkeitsdarstellung |
| I.kompetenzorientierte SD   | <b>.27*</b><br>(p= .018)                                  |                          |                         |                                | .20<br>(p= .073)                 |

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

*State-Trait-Angst und -Depression (STADI)*. Die Selbstdarstellung der Patienten in der ersten Therapiestunde hängt wie folgt mit den STADI-State- und -Trait-Werten zusammen, wobei auch bei dieser Darstellung das multiple Testproblem (siehe 3.4.2.2) zu berücksichtigen ist:

Zunächst werden die Korrelationen des STADI-State, welcher unmittelbar vor der psychotherapeutischen Aufnahmesitzung die Zustands-Angst und -Depressivität misst, mit der Selbstdarstellung aufgeführt (siehe Tab.4-13 und Anhang B.5). Die I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung korrelierte mittelhoch ( $r = .31$ ,  $p = .005$ ) mit der State-Euthymie. Außerdem korrelierte die VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung mit der State-Dysthymie ( $r = .025$ ,  $p = .023$ ) und dem Summenscore State-Globalwert mittelhoch ( $r = .25$ ,  $p = .023$ ). Gerechnet mit dem Spearman-Korrelationskoeffizienten waren diese Korrelationen nicht mehr signifikant.

*Datennahe Interpretation:* Die positive Korrelation zwischen der kompetenzorientierten Selbstdarstellung und der State-Euthymie erscheint sehr plausibel: Je besserer Stimmung die Patienten unmittelbar vor dem Aufnahmegespräch waren, umso mehr waren sie auch in der Lage, spontan eigen Stärken und Kompetenzen gegenüber ihrem Therapeuten zu zeigen. Überraschend sind die Vorzeichen der Korrelationen zwischen der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung und der State-Dysthymie sowie dem State-Globalwert - denn der positive Zusammenhang zeigt: Je niedergeschlagener die Patienten und je mehr negative Affektivität sie insgesamt vor dem Aufnahmegespräch zeigten, umso häufiger zeigten sie auch Interesse und Bereitschaft, an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten - beispielsweise indem sie die Therapie aktiv mitgestalteten. Offensichtlich motivierte eine besonders negative Affektlage mit hohem Leidensdruck vor der ersten Therapiesit-

zung die Patienten dazu, ihre Therapie unbedingt zügig aktiv angehen zu wollen, um den unangenehmen aktuellen Zustand zu beenden.

Tabelle 4-13: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit dem State-Trait-Angst-Depressions-Inventar (STADI-State) nach Laux et al. (2013), N=80

| Selbstdarstellungskategorie             | Produkt-Moment-Korrelation<br>(Patientenangaben Aufnahme) |                 |                         |                         |                  |                  |                         |
|---|---|-----------------|-------------------------|-------------------------|------------------|------------------|-------------------------|
|   | State-Aufgeregtheit                                       | State-Besorgnis | State-Euthymie          | State-Dysthymie         | State-Depression | State-Angst      | State-Globalwert        |
| I.kompetenzorientierte SD               |   |                 | <b>.31*</b><br>(p=.005) |                         |                  |                  |                         |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | -.20<br>(p=.083)  |                 |                         |                         |                  | -.21<br>(p=.062) |                         |
| IV.externalisierungsorientierte SD      |   |                 | .19<br>(p=.089)         |                         |                  |                  |                         |
| V.hilfesuchende Selbstdarstellung SD    |   | .20<br>(p=.072) |                         |                         |                  |                  |                         |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | -.23<br>(p=.051)  |                 |                         | <b>.25*</b><br>(p=.023) |                  |                  | <b>.25*</b><br>(p=.023) |

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

Nun werden die Trait-Werte im STADI mit der Selbstdarstellung im Videorating korreliert (siehe Tab.4-14). Es zeigten sich sechs signifikante Korrelationen, jedoch nur mit der Selbstdarstellungskategorie I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung. Diese korrelierte mittelhoch mit den Trait-Eigenschaftsskalen Trait-Aufgeregtheit, Trait-Euthymie, Trait-Dysthymie, Trait-Depression, Trait-Angst und Trait-Globalwert. Auch diese Korrelationen waren mit dem Spearman-Koeffizienten (siehe Anhang B.5) nicht mehr signifikant.

*Datennahe Interpretation:* Zusammengefasst zeigten die Korrelationen, dass die Patienten sich umso weniger kompetenz- und stärkenorientiert darstellten, umso höher ihre Neigung war, Angst zu haben, depressiv zu sein und insgesamt negative Affekte zu erleben. Zudem stand nicht nur der aktuelle Zustand „guter Stimmung vor dem Aufnahmegespräch zu sein“ in positivem Zu-

sammenhang mit dem spontanen Zeigen von Stärken und Kompetenzen des Patienten (State) - sondern auch seine grundsätzliche Neigung, guter Stimmung zu sein und Freude zu erleben (Trait).

Tabelle 4-14: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit dem State-Trait-Angst-Depressions-Inventar (STADI-Trait) nach Laux et al. (2013), N=80

| Selbstdarstellungskategorie        | Produkt-Moment-Korrelation<br>(Patientenangaben Aufnahme) |                  |                         |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------|---|------------------|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                    | Trait-Aufgeregtheit                                       | Trait-Besorgnis  | Trait-Euthymie          | Trait-Dysthymie          | Trait-Depression         | Trait-Angst              | Trait-Globalwert         |
| I.kompetenzorientierte SD          | <b>-.23*</b><br>(p=.044)                                  |                  | <b>.27*</b><br>(p=.014) | <b>-.24*</b><br>(p=.033) | <b>-.28*</b><br>(p=.012) | <b>-.23*</b><br>(p=.040) | <b>-.30*</b><br>(p=.008) |
| IV.externalisierungsorientierte SD |   | -.20<br>(p=.073) |                         |                          |                          |                          |                          |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD     |   |                  | .20<br>(p=.089)         |                          |                          |                          |                          |

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

*Soziale Erwünschtheit (BIDR).* In Anhang B.5 sind schließlich die Pearson- und Spearman-Korrelationen des zweifaktoriellen Inventars zur Erfassung der Sozialen Erwünschtheit (BIDR) nach Musch et al. (2002) aufgeführt. Die Skala Selbsttäuschung (self-deceptive enhancement) zeigte einen signifikanten, geringen Zusammenhang mit der V.hilfesuchenden Selbstdarstellung ( $r = -.23$ ,  $p = .041$ , siehe Tab.4-15). Diese Korrelation war mit dem Spearman-Koeffizienten ( $\rho = -.21$ ,  $p = .068$ ) ähnlich hoch.

*Datennahe Interpretation:* Dieser Zusammenhang bedeutet, dass die Patienten, je höher sie ihre Tendenz zu einem Antwortverhalten angaben, das dem Schutz des Selbstbildes und des Selbstwertgefühls diene, umso weniger forderten sie auch Hilfe vom Therapeuten - beispielsweise in dem sie zeigten, dass sie ihrem Alltag hilflos und schwach gegenüber stehen. Dieser Zusammenhang ist inhaltlich gut nachvollziehbar. Eine Person, die das eigene Bild von sich als möglichst positiv erhalten will, wird sich zwangsläufig auch bemühen, sich nicht bereits im ersten Therapiegespräch als zu ängstlich, abhängig von Ratschlägen des Therapeuten und als zu hilflos darzustellen.

Tabelle 4-15: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit der Sozialen Erwünschtheitsskala (BIDR) nach Musch et al. (2002), N=80

| Selbstdarstellungskategorie    | Produkt-Moment-Korrelation                         |  |
|--------------------------------|--|--|
|                                | Selbsttäuschung<br>(self-deceptive<br>enhancement) | Fremdtäuschung<br>(impression<br>management) |
| V.hilfesuchende SD             | - .23* (p= .041)                                   |  |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD | - .22* (p= .062)                                   |  |

\* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

#### 4.4 Effekte von soziodemographischen, anreiz- und motivationsbezogenen, persönlichkeitsbezogenen und störungsbezogenen Variablen auf die Selbstdarstellung

4.4.1 Analyse nach Prädiktorvariablen: Effekte soziodemographischer, anreiz- und motivationsbezogener, persönlichkeitsbezogener und störungsbezogener Variablen auf die Selbstdarstellung

##### 4.4.1.1 Effekte soziodemographischer Variablen auf die Selbstdarstellung

Die multiple Regression (Methode: Einschluss) mit den soziodemographischen Variablen als Prädiktoren für die sieben Selbstdarstellungskategorien zeigte für die Gesamtstichprobe folgende Ergebnisse (Details siehe Anhang B.6): Die beiden soziodemographischen Merkmale Alter und Geschlecht erklärten 8% der hilfeschuchenden Selbstdarstellung (Total  $R^2 = .080$ ,  $p < .005$ ), 3.9% der klagenden Selbstdarstellung (Total  $R^2 = .080$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), 4.9% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung (Total  $R^2 = .049$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), 2.5% der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $R^2 = .025$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), je 1.6% der externalisierungsorientierten und der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $R^2 = .016$ ,  $p = \text{n.s.}$ ) sowie 0.3% der freundlich-beziehungsorientierten Selbstdarstellung im Erstgespräch.

Durch die multiple Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts), welche Vorhersagemodelle mit zunächst dem besten signifikanten Prädiktor und anschließend weiteren signifikanten Prädiktoren auf die verschiedenen Selbstdarstellungskategorien entwickelt (siehe Methodenteil Kap. 3.4.2.4), konnte nur für die V.hilfesuchende Selbstdarstellung ein Vorhersagemodell mit einer Variable entwickelt werden, d.h. nur eine Prädiktorvariable war für eine Selbstdarstellungskategorie signifikant (siehe Tab.4-16, Modell 1):

Modell eins (siehe Tab.4-16) zeigt, dass das Geschlecht signifikant 8.0% der hilfeschendenden Selbstdarstellung ( $\beta = .28$ ,  $p < .005$ ) vorhersagt. Die Variable Alter wurde bei der Vorwärts-Regressionsanalyse nicht ins Vorhersagemodell aufgenommen.

*Tabelle 4-16: Zusammenfassung des Modells der multiplen Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts) mit Prädiktorvariablen soziodemographische Merkmale auf die Selbstdarstellung, Gesamtstichprobe (N=80)*

| Prädiktorvariablen        | B    | SE B | $\beta$ | t    | p            |
|---------------------------|------|------|---------|------|--------------|
| <b>Modell 1:</b>          |      |      |         |      |              |
| <b>V.hilfesuchende SD</b> |      |      |         |      |              |
| Geschlecht                | 3.75 | 1.44 | .28     | 2.60 | <b>.011*</b> |
| Total $R^2 = .080^*$      |      |      |         |      |              |

\* Signifikant bei  $p < .05$ ; Imputationsnummer: Originaldaten

*Datennahe Interpretation:* Von den soziodemographischen Variablen hatte nur die Variable Geschlecht einen relevanten Effekt auf die Selbstpräsentation der Patienten im ersten Therapiesprach - und diese betraf nur eine Selbstdarstellungskategorie - die Tendenz, Hilfe vom Therapeuten zu fordern. Wie in Kapitel 4.3.2 zum korrelativen Zusammenhang von Geschlecht und hilfeschender Selbstdarstellung bereits mithilfe eines T-Tests für unabhängige Stichprobe und einer Analyse der Effektstärke gezeigt, lag hier ein mittelstarker Geschlechtereffekt vor, wobei der Effekt der hilfeschenden Selbstdarstellung in Richtung des weiblichen Geschlechts geht. Die vorliegenden Ergebnisse erscheinen durchaus plausibel und entsprechen dem allgemeinen Geschlechterstereotyp (siehe Aronson, 2005), dass Männer stärker darauf bedacht sind, Stärke zu zeigen und nicht hilflos zu wirken.

#### 4.4.1.2 Effekte von Anreiz auf die Selbstdarstellung (*Unterstichprobe Rentenangabe*)

Die multiple Regression (Methode: Einschluss) mit den anreizbezogenen Variablen als Prädiktoren für die sieben Selbstdarstellungskategorien zeigte für die Unterstichprobe Rentenangabe folgende Ergebnisse (Details siehe Anhang B.7): Die beiden Anreizvariablen Rentenwunsch (ja/nein) und subjektive Erwerbsprognose erklärten gemeinsam 22.2 % (Total  $R^2 = .222$ ,  $p < .005$ ) der klagenden Selbstdarstellung, 10.8% der hilflosen Selbstdarstellung (Total  $R^2 = .108$ ,  $p = n.s.$ ), 9.2% der freundlich-beziehungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $R^2 = .092$ ,  $p = n.s.$ ), 8.2% der externalisierungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $R^2 = .082$ ,  $p = n.s.$ ), 7.8% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $R^2 = .078$ ,  $p = n.s.$ ), 4.8% der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $R^2 = .048$ ,  $p = n.s.$ ) sowie 3.5% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung (Total  $R^2 = .035$ ,  $p = n.s.$ ) auf.

Tabelle 4-17 zeigt nun die Ergebnisse der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) der Anreizvariablen auf die sieben Selbstdarstellungskategorien. Wie im Methodenteil in Kapitel 3.4.2.4 beschrieben werden durch diese Methode nur signifikante Prädiktoren ins Vorhersagemodell aufgenommen, beginnend mit dem Prädiktor mit der besten Vorhersagekraft. Nur für die II.klagende Selbstdarstellung konnte ein Vorhersagemodell (siehe Modell 1, siehe Tab.4-17) entwickelt werden. Für die Selbstdarstellungskategorien eins, drei, vier, fünf, sechs und sieben konnte kein Modell entwickelt werden.

*Tabelle 4-17: Zusammenfassung des Modells der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit Prädiktorvariablen Anreiz auf die Selbstdarstellung, Unterstichprobe Rentenangabe, (n=49)*

| Prädiktorvariablen                  | B    | SE B | $\beta$ | t    | p      |
|-------------------------------------|------|------|---------|------|--------|
| <b>Modell 1:</b>                    |      |      |         |      |        |
| <b>II.klagende SD</b>               |      |      |         |      |        |
| Rentenwunsch (ja/nein) <sup>a</sup> | 5.78 | 1.66 | .47     | 3.49 | .001** |
| Total R <sup>2</sup> = .221*        |      |      |         |      |        |

<sup>a</sup> Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008), Einschätzung Patienten bei Entlassung; \*\* Signifikant bei  $p < .001$ ; Imputationsnummer: Originaldaten

Tabelle 4-17 zeigt nun in Modell 1, dass die Variable Rentenwunsch (ja/nein) der Patienten – welche ja nur aus einem Item, also aus einer Frage besteht - alleine 22.1% der klagenden Selbstdarstellung im psychotherapeutischen Erstgespräch vorhersagte ( $\beta = .47$ ,  $p < .001$ ).

*Datennahe Interpretation:* Es zeigte sich, dass der Rentenwunsch (ja/nein) mit 22.1% Vorhersagekraft ein besserer Prädiktor für die klagende Selbstdarstellung ist als die subjektive Erwerbsprognose. Der Vorhersagewert von 22.1% ist ein erstaunlich hoher Wert, bedenkt man insbesondere, dass die Frage nach dem Rentenwunsch nur ein einzelnes Item umfasst, welches alleine 22.1% der klagenden Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch vorhersagt. Die Subjektive Erwerbsprognose, wie von Löffler et al. (2008) entwickelt, bestehend aus einem Summenscore aus der Frage nach dem Rentenwunsch sowie Fragen danach, ob der Patient wieder am Arbeitsplatz tätig sein können wird und wann er dort wieder tätig sein können wird, brachte hier keinen erklärenden Mehrwert. Zum Problem der zeitlichen Reihenfolge der Erhebung des Rentenwunsches am Ende der Behandlung als Prädiktor der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch im regressionsanalytischen Modell siehe Kapitel 3.4.2.3, Kapitel 4.3.3.1 sowie Kapitel 5.4.

Nun erscheint, ausgehend von Tabelle 4-17, die Frage interessant, ob sich diese Patienten, die bei Entlassung selbst einen Rentenwunsch mit „ja“ angaben und bei welchen sich mit der klagenden Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch die oben gezeigten Zusammenhänge finden ließen (siehe Modell 1, siehe Tab.4-17), eventuell in anderen relevanten Merkmalen von den Patienten ohne Rentenwunsch mit der Angabe „nein“ unterschieden - etwa hinsichtlich des Geschlechts, der De-

pressivität bei Aufnahme, im Alter oder in der Aufenthaltsdauer (siehe Tab.4-18). Bezüglich des Geschlechts waren in der Gruppe ohne Rentenwunsch (n=39) 59% Frauen, in der Gruppe mit Rentenwunsch (n=10) waren 70% Frauen. Die Unterschiede in der Geschlechterverteilung können somit als vernachlässigbar gelten.

Tabelle 4-18: Deskriptive Statistik Patienten ohne und mit Rentenwunsch bei Entlassung im Patientenurteil, Unterstichprobe Rentenangabe (n=49)

| <b>Externer Anreiz im Patientenurteil bei Entlassung</b> |  |   |
|--|--|---|
|  | ohne Rentenwunsch <sup>a</sup><br>(n=39) | mit Rentenwunsch <sup>a</sup><br>(n=10) |
| BDI-II bei Aufnahme <sup>b</sup>                         | 24.4 ± 10.1                              | 34.0 ± 12.2                             |
| Alter in Jahren  | 47.0 ± 11.7                              | 51.4 ± 5.2                              |
| Aufenthaltsdauer (in Tagen) <sup>c</sup>                 | 54.7 ± 26.8                              | 59.4 ± 22.2                             |

<sup>a</sup> Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008), Einschätzung Patienten bei Entlassung; <sup>b</sup> Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung <sup>c</sup> Erfasst über das klinikinterne Basisdokumentationssystem BADO durch die Bezugstherapeuten

Sowohl das Alter als auch die Aufenthaltsdauer unterschieden sich nicht nennenswert bei Patienten mit und ohne Rentenwunsch. Bezüglich des BDI-Wertes zeigte sich jedoch ein Unterschied von fast 10 BDI-Punkten (M= 24.4, SD= 10.1 für Patienten ohne Rentenwunsch; M= 34.0, SD= 12.2 für Patienten mit Rentenwunsch). Patienten ohne Rentenwunsch lagen nach Tabelle 4-18 mit einem durchschnittlichen BDI-Wert von 24.4 im Bereich mittlerer Depressivität, Patienten mit Rentenwunsch mit einem durchschnittlichen BDI-Wert von 34.0 im Bereich hoher Depressivität. Zu Beachten ist hier jedoch die insgesamt begrenzten Stichprobengröße der Patienten mit Rentenwunsch (n=10).

Aufgrund dieses Unterschieds in der Depressivität wurde im Anschluss eine *partielle Korrelation* zwischen der klagenden Selbstdarstellung und dem Rentenwunsch (ja/nein) im Patientenurteil bei Entlassung unter Kontrolle des Einflusses des BDI-II-Wertes bei Aufnahme vorgenommen. Die Pearson-Korrelation zwischen klagender Selbstdarstellung und Rentenwunsch (ja/nein, n=49) unter Kontrolle der Depressivität, operationalisiert über den BDI-II-Wert bei Aufnahme, war signifikant mittelhoch ( $r_{pb} = .42$ ,  $p = .003$ ). Die Pearson-Korrelation zwischen der hilfeschendenden Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch und dem Rentenwunsch (ja/nein) war ebenfalls unter Kontrolle der Depressivität mittelhoch signifikant ( $r_{pb} = .30$ ,  $p = .037$ ). Tabelle 4-19 zeigt die Ergebnisse der partiellen Korrelationen.

Tabelle 4-19: Partielle Korrelation der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit externen Anreizvariablen aus Patientenangaben bei Entlassung

| Kontrollvariable                 | Selbstdarstellungskategorie          | Partielle Korrelation<br>(Patientenangaben Entlassung) |           |
|----------------------------------|--------------------------------------|--|-----------|
|                                  |                                      | Rentenwunsch (ja/nein) <sup>a</sup>                    |           |
| BDI-II bei Aufnahme <sup>b</sup> | II. klagende SD                      | <b>.42*</b>  | (p= .003) |
|                                  | V.hilfesuchende Selbstdarstellung SD | <b>.30*</b>  | (p= .037) |

<sup>a</sup> Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008), Einschätzung Patienten bei Entlassung; <sup>b</sup> Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung; \* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

An dieser Stelle ist darauf hinzuweisen, dass auch in der Gesamtstichprobe kein relevanter Einfluss der Depressivität auf die klagende Selbstdarstellung zu finden war (siehe Kap. 4.4.1.4).

*Datennahe Interpretation:* Der im Vergleich zu anderen Variablenbereichen starke Einfluss des Rentenwunsches (ja/nein) auf die klagende Selbstdarstellung lässt sich nicht durch Unterschiede in der Geschlechterverteilung, der Aufenthaltsdauer oder der Schwere der Depressivität der Patienten mit und ohne Rentenwunsch erklären.

#### 4.4.1.3 Effekte von Therapiemotivation auf die Selbstdarstellung

Die multiple Regression (Methode: Einschluss) ergab für die Vorhersagekraft des Fragebogens Therapiemotivation (FPTM) folgende Ergebnisse (siehe Anhang B.8): Therapiemotivation, operationalisiert über den Fragebogen FPTM, erklärte 17.9% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .179$ ,  $p < .005$ ), 13.3% der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .133$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), 9.8% der klagenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .098$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), 9.6% der externalisierungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .096$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), 8.9% der hilfeschuchenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .089$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), 6% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .060$ ,  $p = \text{n.s.}$ ) und 1.1% der freundlich-beziehungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .011$ ,  $p = \text{n.s.}$ ).

In Tabelle 4-20 sind die Vorhersagemodelle aus der Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts) mit den entsprechenden, in die jeweiligen Modelle aufgenommenen signifikanten Prädiktorvariablen aufgeführt. Für die I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung, die VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung und die VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung konnten vier Modelle entwickelt werden.

Tabelle 4-20: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den Prädiktorvariablen Therapiemotivation, Gesamtstichprobe (N=80)

| Prädiktorvariablen                     | B     | SE B | t     | p            | Anteil fehlender Info |
|--|-------|------|-------|--------------|-----------------------|
| <b>Modell 1:</b>                       |       |      |       |              |                       |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>       |       |      |       |              |                       |
| Psychischer Leidensdruck <sup>a</sup>  | -.86  | .41  | -2.11 | <b>.035*</b> | .002                  |
| Total $\bar{R}^2 = .054^*$             |       |      |       |              |                       |
| <b>Modell 2:</b>                       |       |      |       |              |                       |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>       |       |      |       |              |                       |
| Psychischer Leidensdruck <sup>a</sup>  | -1.29 | .44  | -2.94 | <b>.003*</b> | .004                  |
| Wissen <sup>a</sup>                    | .91   | .40  | 2.28  | <b>.023*</b> | .001                  |
| Total $\bar{R}^2 = .114^*$             |       |      |       |              |                       |
| <b>Modell 3:</b>                       |       |      |       |              |                       |
| <b>VI.aktiv-lösungsorientierte SD</b>  |       |      |       |              |                       |
| Initiative <sup>a</sup>                | 2.74  | 1.03 | 2.66  | <b>.008*</b> | .001                  |
| Total $\bar{R}^2 = .083^*$             |       |      |       |              |                       |
| <b>Modell 4:</b>                       |       |      |       |              |                       |
| <b>VII.vermeidungsorientierte SD</b>   |       |      |       |              |                       |
| Symptombezogene Zuwendung <sup>a</sup> | .49   | .23  | 2.01  | <b>.039*</b> | .002                  |
| Total $\bar{R}^2 = .059^*$             |       |      |       |              |                       |

<sup>a</sup> Fragebogen Therapiemotivation (FPTM); \* Signifikant bei  $p < .05$ ; Imputationsnummer: kombiniert

Modell eins zeigt, dass psychischer Leidensdruck 5.4% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung vorhersagte ( $B = -.86$ ,  $p = .035$ ). Gemeinsam mit Wissen ( $B = .91$ ,  $p = .023$ ) erhöhte sich die gemittelte erklärte Varianz auf 11.4% (siehe Modell zwei).

*Datennahe Interpretation:* Dies bedeutet, je mehr Leidensdruck die Patienten zu Therapiebeginn hatten, umso weniger werden sie im Aufnahmegespräch eigene Stärken und Kompetenzen herausstellen. Dieses Ergebnis deckt sich mit dem klinischen Eindruck.

Initiative sagte nach Modell drei 8.3% der lösungsorientierten Selbstdarstellung vorher ( $B = 2.74$ ,  $p = .008$ ) und Symptombezogene Zuwendung durch Andere erklärte nach Modell vier 5.9% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung ( $B = .49$ ,  $p = .039$ ).

*Datennahe Interpretation:* Diese Zusammenhänge lassen sich wie folgt beschreiben: Je mehr eigene Initiative Patienten bezüglich ihrer Psychotherapiemotivation angeben, umso mehr werden sie im Aufnahmegespräch auch Interesse und Bereitschaft zeigen, an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten (Modell drei) und je mehr Symptombezogene Zuwendung sie durch andere bekommen, umso mehr werden sie sich im Aufnahmegespräch vor bedrohlichen Veränderungen schützen (Modell vier). Der Zusammenhang in Modell vier ist ein weiteres Beispiel für die Inhaltsvalidität der Selbstdarstellungskategorien: Es ist erstaunlich, dass Fragebogendaten in einer regressionsanalytischen Untersuchung (auf der Einstellungsebene, kognitive Ebene) im Selbsturteil des

Patienten eine Selbstdarstellungskategorie, die zwar inhaltlich den gleichen Gegenstand abbildet, jedoch diesen ausschließlich über die Verhaltensebene im Fremdurteil operationalisiert, so gut vorhersagen konnten.

#### 4.4.1.4 Effekte störungsbezogener Variablen auf die Selbstdarstellung

*Aufenthaltsdauer, Dauer seit Erstmanifestation, Depressivität (BDI-II).* Der BDI-II-Wert, die Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation und die Aufenthaltsdauer sagten in der multiplen Regressionsanalyse (Methode: Einschluss) folgende Varianzen in den Selbstdarstellungskategorien vorher (siehe Anhang B.9): Aufenthaltsdauer, Dauer seit Erstmanifestation und Depressivität erklärten gemeinsam 8.2% der Varianz der kompetenzorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .082$ ,  $p = n.s.$ ), 7.0% der hilfeschuchenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .070$ ,  $p = n.s.$ ), 6.4% der klagenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .064$ ,  $p = n.s.$ ), 5.2% der externalisierungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .052$ ,  $p = n.s.$ ), 5.1% der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .051$ ,  $p = n.s.$ ), 0.4% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .004$ ,  $p = n.s.$ ) und 0.1% der freundlich-beziehungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .001$ ,  $p = n.s.$ ).

Für die kompetenzorientierte und für die hilfeschuchende Selbstdarstellung konnte im Rahmen einer multiplen Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts) je ein Vorhersagemodell entwickelt werden (siehe Tab.4-21).

*Tabelle 4-21: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den störungsbezogenen Prädiktorvariablen Aufenthaltsdauer, Erkrankungsdauer und Depressivität, Gesamtstichprobe (N=80)*

| Prädiktorvariablen                  | B    | SE B | t     | p            | Anteil fehlender Info |
|-------------------------------------|------|------|-------|--------------|-----------------------|
| <b>Modell 1:</b>                    |      |      |       |              |                       |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>    |      |      |       |              |                       |
| Depressivität (BDI-II) <sup>a</sup> | -.05 | .02  | -2.45 | <b>.014*</b> | .000                  |
| Total $\bar{R}^2 = .072^*$          |      |      |       |              |                       |
| <b>Modell 2:</b>                    |      |      |       |              |                       |
| <b>V.hilfesuchende SD</b>           |      |      |       |              |                       |
| Aufenthaltsdauer                    | .05  | .03  | 2.04  | <b>.042*</b> | .000                  |
| Total $\bar{R}^2 = .051^*$          |      |      |       |              |                       |

<sup>a</sup> Becks Depressions-Inventar (BDI-II) bei Aufnahme; \* Signifikant bei  $p < .05$ ; Imputationsnummer: kombiniert

Die Depressivität im Aufnahme-BDI sagte 7.2% der I.kompetenzorientierten Selbstdarstellung vorher (B= -.05,  $p = .014$ ) - je depressiver die Patienten, umso weniger werden sie im Erstgespräch gegenüber ihren Psychotherapeuten Stärke und Kompetenzen zeigen. Die Aufenthaltsdauer sagte

5.1% der V.hilfesuchenden Selbstdarstellung vorher ( $B = .05$ ,  $p = .042$ ): Je länger die spätere Aufenthaltsdauer der Patienten in der Klinik, umso hilfesuschender werden sie sich in den ersten Minuten des therapeutischen Aufnahmegesprächs präsentieren.

*Datennahe Interpretation:* Beide Prädiktoren, Depressivität und Aufenthaltsdauer, klärten allerdings nur einstellig Varianz in den entsprechenden Selbstdarstellungskategorien auf und scheinen somit eher schwache Prädiktoren zu sein. Aus der klinischen Erfahrung entstand die Erwartung, dass die Depressivität einen maßgeblicheren Einfluss auf die Selbstdarstellung der Patienten in der ersten Sitzung habe und dass stark depressive Patienten viel mehr klagen und Hilfe beim Therapeuten suchen würden als weniger depressive. Anscheinend rührt dieser klinische Eindruck, wie in Kapitel 4.3.4 bezüglich der Korrelationen zwischen Depressivität und Selbstdarstellung im Aufnahmevideo bereits erwähnt, aber eher daher, dass Therapeuten durch ihre problem- und symptomorientierten Fragen im Erstgespräch solche eher negative Äußerungen des Patienten auslösen - so dass sie am Ende des Erstgesprächs das Gefühl haben, die Patienten seien sehr klagsam und hilflos. Diese Äußerungen des Patienten sind aber - wenn sie nicht spontan von den Patienten gezeigt werden, sondern ausschließlich reaktiv auf die Nachfragen des Therapeuten sind und gleichzeitig als der gestellten Frage angemessen betrachtet werden - nicht als Selbstdarstellung zu werten (Details siehe Beobachtertraining, Kap. 3.2.2.4). Dies ist eine mögliche Erklärung dafür, weshalb der klinische Eindruck und die hier dargestellten Ergebnisse bezüglich Depressivität und der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch auseinander gehen.

*Symptombezogene Skalen (Brief Symptom Inventory, BSI).* Die Regressionsanalyse (Methode: Enter) ergab für die neun Unterskalen des BSI folgende Ergebnisse (siehe Anhang B.9): Die BSI-Unterskalen sagten 23.2% der freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung ( $Total R^2 = .232$ ,  $p = n.s.$ ), 20.6% der externalisierungsorientierten Selbstdarstellung ( $Total R^2 = .206$ ,  $p = n.s.$ ), 16.6% der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung ( $Total R^2 = .166$ ,  $p = n.s.$ ), 16.4% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung ( $Total R^2 = .164$ ,  $p = n.s.$ ), 15.5% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung ( $Total R^2 = .155$ ,  $p = n.s.$ ), 13.1% der klagenden Selbstdarstellung ( $Total R^2 = .131$ ,  $p = n.s.$ ) und 13.0% der hilfesuschenden Selbstdarstellung ( $Total R^2 = .130$ ,  $p = n.s.$ ) vorher. Die drei Summenscores GSI, PST und PSDI wurden bei den Einschluss-Analysen aus Gründen der Kollinearität ausgeschlossen.

Mithilfe der Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts) mit allen neun Unterskalen und drei Summenscores des BSI konnten für folgende vier Selbstdarstellungskategorien signifikante Vorhersagemodelle entwickelt werden (siehe Tab.4-22): I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung, II.klagende Selbstdarstellung, III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung und VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung.

Tabelle 4-22: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den störungsbezogenen Prädiktorvariablen Symptombelastung (BSI), Gesamtstichprobe (N=80)

| Prädiktorvariablen                             | B    | SE B | $\beta$ | t     | p            |
|--|------|------|---------|-------|--------------|
| <b>Modell 1:</b>                               |      |      |         |       |              |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>               |      |      |         |       |              |
| Beschwerdeanzahl PST <sup>a</sup>              | -.04 | .02  | -0.28   | -2.60 | <b>.011*</b> |
| Total R <sup>2</sup> = <b>.080</b>             |      |      |         |       |              |
| <b>Modell 2:</b>                               |      |      |         |       |              |
| <b>II.klagende SD</b>                          |      |      |         |       |              |
| Entfremdungserleben <sup>a</sup>               | .09  | .04  | .26     | 2.35  | <b>.021*</b> |
| Total R <sup>2</sup> = <b>.066*</b>            |      |      |         |       |              |
| <b>Modell 3:</b>                               |      |      |         |       |              |
| <b>III.freundlich-beziehungsorientierte SD</b> |      |      |         |       |              |
| Somatisierung <sup>a</sup>                     | -.13 | .06  | -.26    | -.24  | <b>.020*</b> |
| Total R <sup>2</sup> = <b>.068*</b>            |      |      |         |       |              |
| <b>Modell 4:</b>                               |      |      |         |       |              |
| <b>VII.vermeidungsorientierte SD</b>           |      |      |         |       |              |
| Somatisierung <sup>a</sup>                     | -.03 | .01  | -.24    | -2.20 | <b>.031*</b> |
| Total R <sup>2</sup> = <b>.058*</b>            |      |      |         |       |              |
| <b>Modell 5:</b>                               |      |      |         |       |              |
| <b>VII.vermeidungsorientierte SD</b>           |      |      |         |       |              |
| Somatisierung <sup>a</sup>                     | -.05 | .02  | -.42    | -3.14 | <b>.002*</b> |
| Ängstlichkeit <sup>a</sup>                     | .04  | .02  | .30     | 2.23  | <b>.028*</b> |
| Total R <sup>2</sup> = <b>.116*</b>            |      |      |         |       |              |

<sup>a</sup> Brief Symptom Inventory (BSI); \* Signifikant bei  $p < .05$ , Imputationsnummer: Originaldaten

Modell eins war für die I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung signifikant mit  $R^2 = 0.080$  ( $\beta = -.28$ ,  $p = .011$ ). Die Summe der Beschwerden, operationalisiert über den Summenscore PST, sagte somit 8.0% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung vorher.

*Datennahe Interpretation:* Je mehr Beschwerden die Patienten zum Aufnahmezeitpunkt angeben, desto weniger kompetenzorientierte Selbstdarstellung werden sie im Aufnahmegespräch zeigen. Ein klinisch plausibel erscheinender Zusammenhang.

Das Modell zwei für die II.klagende Selbstdarstellung war mit  $R^2 = 0.66^*$  und einem p-Wert von  $.021$  ( $\beta = .26$ ) signifikant. Entfremdungserleben sagte somit 6.6% der klagenden Selbstdarstellung vorher.

*Datennahe Interpretation:* Das bedeutet, dass je höher sich die Patienten auf der Psychotizismus-Skala einschätzen, umso mehr werden sie im Aufnahmegespräch klagen. Diesen Zusammenhang kann die Autorin dieser Studie ebenso wie den vorher genannten Zusammenhang aus klinischer Sicht gut nachvollziehen.

Modell drei für die III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung war mit  $R^2 = 0.068$  ( $p = .020$ ,  $\beta = -.26$ ) signifikant.

*Datennahe Interpretation:* Je mehr Somatisierung, desto weniger versuchen die Patienten im Aufnahmegespräch ein guter Klient zu sein bzw. eine gute Beziehung zum Therapeuten aufzubauen.

Modelle vier und fünf schließlich zeigen, dass Somatisierung (Modell vier,  $\beta = -.26$ ,  $p = .020$ ) bzw. Somatisierung und Ängstlichkeit (Modell fünf, Somatisierung  $\beta = -.42$ ,  $p = .020$ ; Ängstlichkeit  $\beta = .30$ ,  $p = .028$ ) 11.6% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung vorhersagten.

*Datennahe Interpretation:* Je weniger Somatisierung und je mehr Ängstlichkeit, umso mehr werden sich Patienten im Aufnahmegespräch vor bedrohlichen Veränderungen schützen. Insgesamt fällt auf, dass die zwölf Beschwerdebereiche des BSI gemeinsam viel Varianz in allen sieben Selbstdarstellungskategorien aufklärten – am höchsten war der Wert für die freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung mit 23% Varianzaufklärung durch die zwölf BSI-Störungsskalen. Die Prädiktionskraft der einzelnen Störungsbereiche auf die Selbstpräsentation im Aufnahmegespräch war jedoch deutlich geringer, keine der BSI-Skalen stach als Prädiktor hervor.

#### 4.4.1.5 Effekte persönlichkeitsbezogener Variablen auf die Selbstdarstellung

*Big Five (NEO-FFI).* Die Big-Five-Persönlichkeitsdimensionen sagten gemeinsam laut der multiplen Regressionsanalyse (Methode: Einschluss, Details siehe Anhang B.10) 17.4% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .174$ ,  $p < .005$ ), 12.1% der klagenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .121$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), 10.8% der hilfeschuchenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .108$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), 2.5% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .0225$ ,  $p = \text{n.s.}$ ), 2.4% der freundlich-beziehungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .024$ ,  $p = \text{n.s.}$ ) und 2.1% der externalisierungsorientierten Selbstdarstellung vorher (Total  $\bar{R}^2 = .021$ ,  $p = \text{n.s.}$ ).

In der anschließenden Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts) konnte nur für die I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung und für die II.klagende Selbstdarstellung ein Modell mit den fünf Big-Five-Dimensionen als Vorhersagevariablen entwickelt werden (siehe Tab.4-23).

Das Regressionsmodell für die kompetenzorientierte Selbstdarstellung war mit  $\bar{R}^2 = .129$  ( $B = -.08$ ,  $p = .001$ ) signifikant. Der Neurotizismuswert sagte somit 12.9% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung vorher: Je neurotischer die Patienten in der Persönlichkeit, desto weniger werden sie ihre Stärken und Kompetenzen im Aufnahmegespräch präsentieren. Das Vorhersagemodell für die klagende Selbstdarstellung war mit  $\bar{R}^2 = .074$  ( $B = -.22$ ,  $p = .013$ ) signifikant; der Gewissenhaftigkeits-Wert sagte somit 7.2% der klagenden Selbstdarstellung voraus. Dies bedeutet: Je gewissenhafter die Patienten, umso weniger werden sie im Aufnahmegespräch klagen.

Tabelle 4-23: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den Prädiktorvariablen Big Five (NEO-FFI), Gesamtstichprobe (N=80)

| Prädiktorvariablen               | B    | SE B | t    | p             | Anteil fehlende Info |
|----------------------------------|------|------|------|---------------|----------------------|
| <b>Modell 1:</b>                 |      |      |      |               |                      |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b> |      |      |      |               |                      |
| Neurotizismus <sup>a</sup>       | -.08 | .03  | -3.4 | <b>.001**</b> | .007                 |
| Total $\bar{R}^2 = .129^*$       |      |      |      |               |                      |
| <b>Modell 2:</b>                 |      |      |      |               |                      |
| <b>II.klagende SD</b>            |      |      |      |               |                      |
| Gewissenhaftigkeit <sup>a</sup>  | -.22 | .09  | -2.5 | <b>.013*</b>  | .014                 |
| Total $\bar{R}^2 = .074^*$       |      |      |      |               |                      |

<sup>a</sup> NEO-Fünf-Faktoren-Persönlichkeitsinventar (NEO-FFI) \* Signifikant bei  $p < .05$  \*\* Signifikant bei  $p < .001$ ; Imputationsnummer: kombiniert

*Datennahe Interpretation:* Während der erste Zusammenhang (Modell 1) klinisch stimmig erscheint, findet sich aus Sicht der Autorin für den Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und Klagen im Aufnahmegespräch (Modell 2) keine psychologisch plausible Erklärung. An dieser Stelle war die Varianzaufklärung – im Gegensatz zu Modell eins – allerdings auch nicht sonderlich hoch. Bei Modell eins – der Vorhersagekraft von Neurotizismus auf das Zeigen von Stärken und Kompetenzen im Aufnahmegespräch – wiederum überraschte die gute Varianzaufklärung von 13% im Vergleich zu den übrigen Big Five-Dimensionen nicht. Schließlich ist diese Persönlichkeitseigenschaft, der Neurotizismus, auch inhaltlich am engsten an den Konzepten der störungsbezogenen Variablen, welche (siehe Kap. 4.4.1.4, Ergebnisse BSI) insgesamt mehr Varianzaufklärung zu zeigen scheinen als die übrigen vier, als zeitlich stabile Faktoren angenommenen Big-Five- Persönlichkeitseigenschaften.

*Perfektionistische Selbstdarstellung (PSPS).* Nach der multiplen Regressionsanalyse (Methode: Einschluss, Details siehe Anhang B.10) sagte die perfektionistische Selbstdarstellung 7.7% der hilfeschuchenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .077$ ,  $p = n.s.$ ), 6.6% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .066$ ,  $p < .005$ ), 5.1% der freundlich-beziehungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .051$ ,  $p = n.s.$ ), 4.2% der klagenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .042$ ,  $p = n.s.$ ), 3.2% der externalisierungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .032$ ,  $p = n.s.$ ), 1.6% der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .016$ ,  $p = n.s.$ ) und 0.2% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .002$ ,  $p = n.s.$ ) vorher.

In der multiplen Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts) konnte nur für die kompetenzorientierte Selbstdarstellung ein signifikantes Vorhersagemodell entwickelt werden (siehe Tab.4-24).

Tabelle 4-24: Zusammenfassung des Modells der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den Prädiktorvariablen Perfektionistische Selbstdarstellung, Gesamtstichprobe (N=80)

| Prädiktorvariablen                         | B    | SE B | t     | p    | Anteil fehlender Info |
|--|------|------|-------|------|-----------------------|
| <b>Modell 1:</b>                           |      |      |       |      |                       |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>           |      |      |       |      |                       |
| Verschweigen von Imperfektion <sup>a</sup> | -.08 | .04  | -2.39 | .017 | .002                  |
| Total $\bar{R}^2 = .068^*$                 |      |      |       |      |                       |

<sup>a</sup> Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung (PSPS); \* Signifikant bei  $p < .05$ ; Imputationsnummer: kombiniert

Modell eins war signifikant ( $\bar{R}^2 = 0.068$ ,  $B = .04$ ), Verschweigen von Imperfektion sagte somit 6.8 % der kompetenzorientierten Selbstdarstellung vorher.

*Datennahe Interpretation:* Das bedeutet, dass je mehr Patienten angeben, Imperfektion zu verschweigen, umso weniger werden sie im Aufnahmegespräch auch eigene Stärken und Kompetenzen von sich aus zeigen. Diesen Zusammenhang kann man als allgemein restriktives, zurückhaltendes Präsentieren von sowohl Stärken als auch von Schwächen des Patienten werten – gleichermaßen auf der Einstellungsebene (Fragebogendaten: mehr Verschweigen von Imperfektion) wie auch auf der Verhaltensebene (weniger Präsentieren von Kompetenzen).

*Aquisitive, protektive und authentische Selbstdarstellung (ASÜ, PSÜ, SPD).* Die multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss, Ergebnisse im Detail siehe Anhang B.10) ergab, dass aquisitive Selbstüberwachung, protektive Selbstüberwachung und authentische Selbstdarstellung gemeinsam 15.7% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch (Total  $\bar{R}^2 = .177$ ,  $p < .005$ ), 6.5% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .065$ ,  $p = n.s.$ ), 5.4% der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .054$ ,  $p = n.s.$ ), 4.8% der hilfeschuchenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .048$ ,  $p = n.s.$ ), 4.2 % der klagenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .042$ ,  $p = n.s.$ ) und 3.3% der freundlich-beziehungsorientierten sowie der externalisierungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .033$ ,  $p = n.s.$ ) aufklärten.

Schaut man auf die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts), so konnten zwei Modelle mit den signifikanten Prädiktoren Selbstdarstellungskompetenz und Persönlichkeitsdarstellung (Authentizitätsneigung) für die kompetenzorientierte Selbstdarstellung entwickelt werden (siehe Tab.4-25).

Tabelle 4-25: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Stufenweise) mit den Prädiktorvariablen *aquisitive, protektive und authentische Selbstdarstellung*, Gesamtstichprobe (N=80)

| Prädiktorvariablen                       | B   | SE B | t    | p            | Anteil fehlender Info |
|--|-----|------|------|--------------|-----------------------|
| <b>Modell 1:</b>                         |     |      |      |              |                       |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>         |     |      |      |              |                       |
| Selbstdarstellungskompetenz <sup>a</sup> | .14 | .06  | 2.47 | <b>.014*</b> | .002                  |
| Total $\bar{R}^2 = .073^*$               |     |      |      |              |                       |
| <b>Modell 2:</b>                         |     |      |      |              |                       |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>         |     |      |      |              |                       |
| Selbstdarstellungskompetenz <sup>a</sup> | .15 | .06  | 2.72 | <b>.007*</b> | .003                  |
| Persönlichkeitsdarstellung <sup>b</sup>  | .12 | .06  | 2.15 | <b>.031*</b> | .001                  |
| Total $\bar{R}^2 = .103^*$               |     |      |      |              |                       |

<sup>a</sup> Fragebogen Aquisitive Selbstüberwachung (ASÜ); <sup>b</sup> Skala Persönlichkeitsdarstellung (SPD); \* Signifikant bei  $p < .05$ ; Imputationsnummer: kombiniert

Modell eins war signifikant ( $B = .14$ ,  $p = .014$ ), die Selbstdarstellungskompetenz als Bestandteil der *aquisitiven Selbstdarstellung* sagte somit 7.3% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch vorher.

*Datennahe Interpretation:* Patienten, die sich selbst gute Selbstdarstellungskompetenzen bescheinigen, werden sich im psychotherapeutischen Aufnahmegespräch auch mehr bezüglich ihrer Stärken und Kompetenzen zeigen. Für diese Konstrukte zeigt sich hier erneut die Inhaltsvalidität des verwendeten Kategoriensystems nach Strunk (2004).

In Modell zwei sagten Selbstdarstellungskompetenz ( $B = .15$ ,  $p = .007$ ) und Persönlichkeitsdarstellung ( $B = .12$ ,  $p = .031$ ) 10.3% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung vorher.

*Datennahe Interpretation:* Patienten, die sich im Fragebogen also als selbstdarstellungskompetent und als authentisch in ihrer Selbstpräsentation darstellten, zeigen im Aufnahmegespräch gegenüber ihrem Therapeuten deutlich mehr Stärken und Kompetenzen.

*Stait-Trait-Angst-Depression (STADI).* Zunächst zum STADI-State: Die Regressionsanalyse (Methode: Einschluss, Details siehe Anhang B.10) ergab für die vier Unterskalen des STADI-State folgendes Ergebnis: die Zustands-Angst und -Depression erklärten gemeinsam 15.8% der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .158$ ,  $p < .005$ ), 10.8% der kompetenzbezogenen Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .108$ ,  $p = n.s.$ ), 8.1% der freundlich-beziehungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .081$ ,  $p = n.s.$ ), 6.8% der hilfeschuchenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .068$ ,  $p = n.s.$ ), 4.8% der externalisierungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .048$ ,  $p = n.s.$ ), 4.1% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .041$ ,  $p = n.s.$ ) und 3.3% der klagenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .033$ ,  $p = n.s.$ ). Die Gesamtskalen State-Depression, State-Angst und State-Globalwert wurden aus Gründen der Kolinearität aus der Analyse ausgeschlossen.

In der folgenden Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts) konnte für die I. kompetenzorientierte und für die VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung ein signifikantes Vorhersagemodell entwickelt werden (siehe Tab.4-26).

Tabelle 4-26: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den Prädiktorvariablen State-Angst und -Depression (STADI), Gesamtstichprobe (N=80)

| Prädiktorvariablen                     | B    | SE B | t     | p     | Anteil<br>fehlen-<br>der Info |
|--|------|------|-------|-------|-------------------------------|
| <b>Modell 1:</b>                       |      |      |       |       |                               |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>       |      |      |       |       |                               |
| STADI-State-Euthymie <sup>a</sup>      | .21  | .07  | 2.85  | .004* |                               |
| Total R <sup>2</sup> = .098*           |      |      |       |       |                               |
| <b>Modell 2:</b>                       |      |      |       |       |                               |
| <b>VI.aktiv-lösungsorientierte SD</b>  |      |      |       |       |                               |
| STADI-State-Aufgeregtheit <sup>a</sup> | -.55 | .24  | -2.28 | .023  | .009                          |
| STADI-State-Dysthymie <sup>a</sup>     | .61  | .21  | 2.42  | .016  |                               |
| Total R <sup>2</sup> = .098*           |      |      |       |       |                               |

<sup>a</sup> STADI-State -Wert, gemessen unmittelbar vor dem Aufnahmegespräch \* Signifikant bei  $p < .05$ ; Imputationsnummer: kombiniert.

Nach Modell eins sagte die Status-Euthymie 9.8% ( $B=.21$ ,  $p=.004$ ) der I.kompetenzorientierten Selbstdarstellung vorher.

*Datennahe Interpretation:* Je positiver gestimmt Patienten ihr aktuelles psychisches Befinden unmittelbar vor dem Aufnahmegespräch beschreiben, umso mehr werden sie auch seine Stärken und Kompetenzen von sich aus während des Gesprächs darstellen. Diese Ergebnisse bezüglich der Zustands-Euthymie decken sich, vergleichen wir sie mit den Ergebnissen aus Tabelle 4-23, mit den Ergebnissen aus den Unterskalen des BSI-Fragebogens zur verschiedenen Störungsbereichen. Hier zeigten Patienten genau umso *weniger* Kompetenzen und Stärken, umso *höher* die Anzahl ihrer Beschwerden (PST) zum Zeitpunkt des Aufnahmegesprächs war.

Modell zwei zeigt, dass die VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung zu 9.8% durch Status-Aufgeregtheit ( $B= -.55$ ,  $p=.023$ ) und Status-Dysthymie ( $B=.61$ ,  $p=.016$ ) vorhergesagt wurde.

*Datennahe Interpretation:* Je aufgeregter sich Patienten direkt vor der Aufnahmesitzung beschreiben, umso weniger werden sie sich aktiv-lösungsorientiert präsentieren und je dysthymer sie sich beschreiben, umso mehr werden sie Interesse und Bereitschaft zeigen, an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten.

Nun zum STADI-Trait: Die Regressionsanalyse (Methode: Einschluss, Details siehe Anhang B.10) ergab für den STADI-Trait folgende Ergebnisse: Die Eigenschafts-Angst und -Depression erklärten 9.8% der kompetenzbezogenen Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .098$ ,  $p<.005$ ), 5.0% der aktiv-

lösungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .050$ ,  $p > .005$ ), 4.9% der externalisierungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .049$ ,  $p > .005$ ), 1.7% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .017$ ,  $p > .005$ ), 1.7% der klagenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .017$ ,  $p > .005$ ), 1.1% der hilfeschuchenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .011$ ,  $p > .005$ ) und 0.8% der freundlich-beziehungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .008$ ,  $p > .005$ ). Die Summenscores Trait-Depression, Trait-Angst und Trait-Globalwert wurden bei den Einschluss-Analysen aus Gründen der Kolinearität ausgeschlossen.

Abschließend wurde eine multiple Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts) durchgeführt, um signifikante Vorhersagemodelle der State-Trait-Variablen des STADI auf die sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch zu prüfen. Für die Vorhersagevariable I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung („Demonstriere Stärke und Kompetenz“) konnte ein Modell entwickelt werden (siehe Tab.4-27).

Tabelle 4-27: Zusammenfassung des Modells der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den Prädiktorvariablen Trait-Angst und -Depression (STADI-Trait), Gesamtstichprobe (N=80)

| Prädiktorvariablen                  | B            | SE B | t     | p            | Anteil fehlender Info |
|-------------------------------------|--------------|------|-------|--------------|-----------------------|
| <b>Modell 1:</b>                    |              |      |       |              |                       |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>    |              |      |       |              |                       |
| STADI-Trait-Globalwert <sup>a</sup> | -.06         | .022 | -2.72 | <b>.007*</b> | .003                  |
| Total $R^2 =$                       | <b>.087*</b> |      |       |              |                       |

<sup>a</sup> STADI-Trait \* Signifikant bei  $p < .05$  Imputationsnummer: kombiniert.

Das Gesamtmodell für die kompetenzorientierte Selbstdarstellung war signifikant ( $B = -.06$ ,  $p = .007$ ). Der Prädiktor STADI-Trait –Globalwert klärte 8.7 % der Varianz des Kriteriums kompetenzorientierte Selbstdarstellung auf.

*Datennahe Interpretation:* Je höher sich die Patienten bezüglich negativer Affektivität als Persönlichkeitsvariablen einschätzen - also umso höher ihre *allgemeine Neigung*, negative Affekte zu erleben - umso weniger werden sie im Erstgespräch von sich aus Stärken und Kompetenzen zeigen. Auch dieses Ergebnis erscheint aus der klinischen Praxis nachvollziehbar.

*Soziale Erwünschtheit (BIDR).* Die Ergebnisse der multiplen Regressionsanalyse (Methode: Einschluss, Details siehe Anhang B.10) zeigen, dass Selbst- und Fremdtäuschung 4.2% der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .042$ ,  $p = n.s.$ ), 3.0% der externalisierungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .030$ ,  $p = n.s.$ ), 2.5% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .025$ ,  $p = n.s.$ ), 2.1% der klagenden und der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .021$ ,  $p = n.s.$ ), 1.9% der hilfeschuchenden Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .019$ ,  $p = n.s.$ ) und

1.2% der freundlich-beziehungsorientierten Selbstdarstellung (Total  $\bar{R}^2 = .012$ ,  $p = n.s.$ ) vorhersagen konnten.

*Datennahe Interpretation:* Für keine der sieben Selbstdarstellungskategorien konnte in der multiplen Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts) ein signifikantes Modell entwickelt werden. Weder die BIDR-Skala Fremdtäuschung noch die BIDR-Skala Selbsttäuschung sagten Selbstdarstellung im Erstgespräch signifikant vorher.

#### 4.4.2 Analyse nach Kriteriumsvariablen: Entwicklung eines Gesamtvorhersagemodells für die sieben Selbstdarstellungskategorien (Gesamtstichprobe)

Bei der Analyse nach Kriteriumsvariablen soll nun für die Gesamtstichprobe ( $N=80$ ) ein übergreifendes Vorhersagemodell für die Selbstdarstellung im psychotherapeutischen Aufnahmegespräch entwickelt werden. Wie in Kapitel 3.4.2.4 erläutert, konnte der Variablenblock Anreiz aufgrund der deutlich geringeren Rücklaufquoten an dieser Stelle nicht in die Berechnung aufgenommen werden. Wie im Methodenteil beschrieben (siehe Kap. 3.4.2.4) ist hier die Regressionsanalyse mit allen relevanten Variablen – aus den Bereichen soziodemographische Merkmale, Anreiz und Therapiemotivation, Störung und Persönlichkeit - die Methode der Wahl, um ein *Gesamtmodell* für die Beeinflussung der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch zu entwickeln. Nur so kann die Frage geklärt werden: Welche Variablen aus den verwendeten Fragebögen sind es denn nun tatsächlich, welche die Selbstdarstellung der Patienten in den ersten Therapiesitzung am besten vorhersagen? Welche Fragebogenskalen müssten in der klinischen Praxis mindestens ausgegeben werden, um die Selbstdarstellung der Patienten für die jeweilige Selbstdarstellungskategorie bestmöglich vorherzusagen?

In Tabelle 4-28 findet sich eine Übersicht der relevanten Ergebnisse der Regressionsanalysen (Methode: Vorwärts; siehe Methodenteil Regressionsanalyse Stufe vier, Kap. 3.4.2.4) aus Kapitel 4.4.1. All diese Prädiktoren waren für die entsprechenden Selbstdarstellungskategorien in der Vorwärts-Regressionsanalyse signifikant.

Tabelle 4-28: Zusammenfassung der Ergebnisse der Regressionsanalysen (Methode: Vorwärts) für die Variablenbereiche soziodemographische Merkmale, Anreiz und Therapiemotivation, Störung und Persönlichkeit, Gesamtstichprobe (N=80)

| <b>Übersicht:<br/>relevante Regressionen (Methode: Vorwärts)</b> |                              |  |  |   |
|--|------------------------------|--|--|---|
| Selbstdarstellungskategorie                                      | Soziodemographische Merkmale | Anreiz und Therapiemotivation                                | Störung  | Persönlichkeit  |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>                                 |                              | Psychischer Leidensdruck <sup>b</sup><br>Wissen <sup>b</sup> | Depressivität (BDI-II) <sup>c</sup><br>Beschwerdeanzahl PST <sup>d</sup> | Neurotizismus <sup>e</sup><br>Verschweigen von Imperfektion <sup>f</sup><br>Selbstdarstellungskompetenz <sup>g</sup><br>Persönlichkeitsdarstellung <sup>h</sup><br>STADI-State-Euthymie <sup>i</sup><br>STADI-Trait-Globalwert <sup>j</sup> |
| <b>II.klagende SD</b>  | X                            | ( <i>Rentenwunsch</i> <sup>a</sup> )                         | Entfremdungserleben <sup>d</sup>   | Gewissenhaftigkeit <sup>e</sup>   |
| <b>III.freundlichbeziehungsorientierte SD</b>                    | X                            | X  | Somatisierung <sup>d</sup>   | X   |
| <b>IV.externalisierungsorientierte SD</b>                        | X                            | X  | X  | X   |
| <b>V.hilfesuchende SD</b>  | Geschlecht                   | ( <i>Rentenwunsch</i> <sup>a</sup> )                         | Aufenthaltsdauer   | X   |
| <b>VI.aktivlösungsorientierte SD</b>                             | X                            | Initiative <sup>b</sup>                                      | X  | STADI-State-Aufgeregtheit <sup>i</sup><br>STADI-State-Dysthymie <sup>i</sup>  |
| <b>VII.vermeidungsorientierte SD</b>                             | X                            | Symptombezogene Zuwendung <sup>b</sup>                       | Somatisierung <sup>d</sup><br>Ängstlichkeit <sup>d</sup>                 | X   |

<sup>a</sup> Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008), Einschätzung Patienten bei Entlassung, *nur erhoben für Unterstichprobe Rentenangabe* <sup>b</sup> Fragebogen Therapiemotivation (FPTM); <sup>c</sup> Becks Depressions-Inventar (BDI-II) bei Aufnahme; <sup>d</sup> Brief Symptom Inventory (BSI); <sup>e</sup> NEO-Fünf-Faktoren-Persönlichkeitsinventar (NEO-FFI), <sup>f</sup> Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung (PSPS); <sup>g</sup> Fragebogen Aquisitative Selbstüberwachung (ASÜ); <sup>h</sup> Skala Persönlichkeitsdarstellung (SPD); <sup>i</sup> STADI-State -Wert, gemessen unmittelbar vor dem Aufnahmegespräch, <sup>j</sup> STADI-Trait-Wert

Tabelle 4-29 stellt nun die Ergebnisse der Regressionsanalysen (Methode: Stufenweise, Details siehe Anhang B.11) mit eben diesen Prädiktoren aus Tabelle 4-28 in einem Gesamt-Regressionsmodell pro entsprechender Selbstdarstellungskategorie dar. Für die Selbstdarstellungskategorie VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung wurden beispielsweise die drei Variablen

Symptombezogene Zuwendung, Somatisierung und Ängstlichkeit aus den Regressionsanalysen (Methode: Vorwärts) aus Tabelle 4-28 aufgenommen und mithilfe der Stufenweisen Regressionsanalyse untersucht.

Tabelle 4-29: Ergebnisse der Regressionsanalysen (Methode: Stufenweise für die Gesamtvorhersagemodelle, Gesamtstichprobe (N=80))

| Selbstdarstellungskategorie                   | Ergebnisse:<br>Regressionsanalyse (Methode: Stufenweise) |  |  |  |                               |
|---|--|--|--|--|-------------------------------|
|   | Soziodemographische Merkmale                             | Therapiemotivation (ohne Anreiz <sup>a</sup> ) | Störung  | Persönlichkeit   | Total $\bar{R}^2$             |
| <b>I.kompetenzorientierte SD</b>              | X  |  | X  | 1.Neurotizismus <sup>e</sup><br>2.STADI-State-Euthymie <sup>i</sup>                    | <b>.233*</b>                  |
| <b>II.klagende SD</b>                         | X  | X  | X  | 3.Wissen <sup>b</sup><br>1.Gewissenhaftigkeit <sup>e</sup>                             | <b>.074*</b>                  |
| <b>III.freundlichbeziehungsorientierte SD</b> | X  | X  | 1.Somatisierung <sup>d</sup>                                 | X  | <b>.068*</b>                  |
| <b>IV.externalisierungsorientierte SD</b>     | X  | X  | X  | X  | X                             |
| <b>V.hilfesuchende SD</b>                     | 1.Geschlecht   | X  | X  | X  | <b>.080*</b>                  |
| <b>VI.aktivlösungsorientierte SD</b>          | X  | 1.Initiative <sup>b</sup>                      | X  | (2.STADI-State Dysthymie <sup>i</sup> )<br>(3.STADI-State-Aufgeregtheit <sup>i</sup> ) | <b>.083*</b><br>(bis<br>.203) |
| <b>VII.vermeidungsorientierte SD</b>          | X  | X  | 1.Somatisierung <sup>d</sup><br>2.Ängstlichkeit <sup>d</sup> | X  | <b>.116*</b>                  |

<sup>a</sup> Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008), Einschätzung Patienten bei Entlassung; <sup>b</sup> Fragebogen Therapiemotivation (FPTM); <sup>c</sup> Becks Depressions-Inventar (BDI-II) bei Aufnahme; <sup>d</sup> Brief Symptom Inventory (BSI); <sup>e</sup> NEO-Fünf-Faktoren-Persönlichkeitsinventar (NEO-FFI), <sup>f</sup> Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung (PSPS); <sup>g</sup> Fragebogen Aquisitative Selbstüberwachung (ASÜ); <sup>h</sup> Skala Persönlichkeitsdarstellung (SPD); <sup>i</sup> STADI-State -Wert, gemessen unmittelbar vor dem Aufnahmegespräch, <sup>j</sup> STADI-Trait Wert

Ein Beispiel zur Veranschaulichung, wie Tabelle 4-29 zu lesen und zu interpretieren ist: Tabelle 4-29 zeigt nun (Regressionsanalysen, Methode: Stufenweise für das Gesamtvorhersagemodell),

dass beispielsweise nur Somatisierung und Ängstlichkeit im Gesamtvorhersagemodell (Methode: Stufenweise) für die vermeidungsorientierte Selbstdarstellung verbleiben und gemeinsam im Durchschnitt über die fünf Imputationen 11.6% der Varianz aufklären. Die in der Reihung zuerst genannte Variable, im vorliegenden Beispiel „1.Ängstlichkeit“ erklärt hierbei den größeren Varianteil als die zweitgenannte Variable und so weiter. Zu den Ergebnissen im Detail:

*Einflüsse auf die I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung.* Es wurde, wie beschrieben, eine multiple Regressionsanalyse (Methode: Stufenweise) durchgeführt, um Vorhersagemodelle der relevanten soziodemographischen, motivationsbezogenen, persönlichkeitsbezogenen und der störungsbezogenen Variablen auf die kompetenzorientierte Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch zu prüfen. Für die kompetenzorientierte Selbstdarstellung („Demonstriere Stärke und Kompetenz“) blieben drei Prädiktorvariablen im Modell (siehe Tab.4-29). Die drei Prädiktoren sind die persönlichkeitsbezogenen Variablen Neurotizismus (Big Five) und Zustands-Euthymie (STADI-State) sowie die themotivationsbezogene Variable Wissen (FPTM). Diese drei Prädiktoren klärten gemeinsam 23.3% der kompetenzbezogenen Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch auf (Details siehe Anhang B.11) - eine gute gemeinsame Varianzaufklärung dieser drei Variablen.

*Einflüsse auf die II.klagende Selbstdarstellung.* Für die klagende Selbstdarstellung („Mach` deutlich, dass du es schwer hattest/hast“) blieb eine Prädiktorvariable im Regressionsmodell. Die persönlichkeitsbezogene Variable Gewissenhaftigkeit (Big Five) klärte 7.4 % der klagenden Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch auf – kein besonders hoher Wert für die Varianzaufklärung.

*Einflüsse auf die III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung.* Die störungsbezogene Variable Somatisierung (BSI) klärte 6.8% der Selbstdarstellung bezüglich des Oberplans „Sei eine gute Klientin/schaffe eine gute Beziehung zum Therapeuten“ – ebenfalls keine hohe Varianzaufklärung für diese Kategorie.

*Einflüsse auf die IV.externalisierungsorientierte Selbstdarstellung.* Keine der untersuchten Variablen klärte signifikant Varianz bezüglich der Selbstdarstellungskategorie „Zeige, dass dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist“ auf.

*Einflüsse auf die V.hilfesuchende Selbstdarstellung.* Nur die soziodemographische Variable Geschlecht verbleibt nach der Stufenweisen Regressionsanalyse im Gesamtvorhersagemodell und klärte 8.0 % der Gesamtvarianz der Selbstdarstellungskategorie „Fordere Hilfe vom Therapeuten“ auf – für das Gesamtvorhersagemodell keine besonders hohe Varianzaufklärung für die Kategorie V.hilfesuchende Selbstdarstellung, da wie in Kategorie III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung nur eine Variable im Gesamtvorhersagemodell verbleibt.

*Einflüsse auf die VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung.* Nur eine Variable blieb in allen Imputationsnummern im Regressionsmodell, die thematiemotivationsbezogene Variable Initiative (FPTM), welche 8.3% der Varianz aufklärte. Der Verbleib der Variablen Status-Dysthymie und Status-Aufgeregtheit (STADI-State), zusätzlich zu Initiative, variierte von Imputationsnummer zu Imputationsnummer und diese drei Variablen erklärten gemeinsam bis zu 20.3% der Varianz der Selbstdarstellungskategorie „Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten“. Insgesamt eine ausreichende Varianzaufklärung für die sechste Selbstdarstellungskategorie.

*Einflüsse auf die VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung.* Die störungsbezogenen Variablen Somatisierung (BSI) und Ängstlichkeit (BSI) verblieben im Vorhersagemodell für die Selbstdarstellung mit dem Oberplan „Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen“ und klärten 11.6% dessen Varianz auf. Eine ausreichende und inhaltlich sehr stimmige Varianzaufklärung.

Diese Analysen, welche zum Ziel hatten, ein Gesamtvorhersagemodell aller relevanten soziodemographischen, thematiemotivationsbezogenen, störungsbezogenen und persönlichkeitsbezogenen Variablen zu entwickeln – exklusive der anreizbezogenen Variablen wie dem Rentenwunsch – zeigten für die verschiedenen Selbstdarstellungskategorien also sehr unterschiedliche Ergebnisse.

Eine ausführliche *Interpretation* aller Ergebnisse für die sieben Selbstdarstellungskategorien ist, weil diese Ergebnisse relevant sind für die Gesamtfragestellung der Studie „Was ist es, was die Selbstdarstellung von Patienten in den ersten Minuten der Therapie vorhersagt?“, im Fazit (siehe Kap. 6) abgedruckt.

#### **4.5 Vorhersage von Therapieerfolg durch Selbstdarstellung, Rentenwunsch und Depressivität**

Um später Hypothese fünf (siehe Tab.2-6) beantworten zu können, wird in Kapitel 4.5.1 zuerst analysiert, inwieweit die Selbstdarstellung im Erstgespräch den Therapieerfolg vorhersagt. Operationalisiert wird Therapieerfolg über die störungsspezifische Diagnostik der Klinik (BDI-II und BSI jeweils aus Basisdokumentation der Klinik zu Therapiebeginn und Therapieende; Therapeutenratings zur Symptombesserung aus Basisdokumentation der Klinik zu Therapiebeginn und am Therapieende, Details siehe Kap.3.4.2.4). Anschließend wird geprüft, ob denn der Rentenwunsch (siehe Kap. 4.5.2) oder die Depressivität (siehe Kap. 4.5.3) bei Aufnahme den Therapieoutcome der Patienten vorhersagen können.

## 4.5.1 Vorhersage von Therapieerfolg durch Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch

Im Folgenden wird nun im Sinne eines prospektiven Studiendesigns geprüft, inwieweit die Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch als Vorhersagevariable von Therapieerfolg geeignet ist.

*Symptomreduktion Depressivität (BDI-II) als Operationalisierung von Therapieerfolg.* Um die Frage zu klären, ob die Selbstdarstellung in der ersten Therapiestunde die Verbesserung im BDI-II-Wert bei Entlassung vorhersagt, wurde eine multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss) durchgeführt (Details siehe Anhang B.12). Keine Selbstdarstellungskategorie sagte signifikant die Verbesserung im BDI-II (Depressivitätsmaß) vorher. Die sieben Selbstdarstellungskategorien sagten gemeinsam lediglich 5.9% der Symptomverbesserung im BDI-II vorher (Total  $\bar{R}^2 = .059$ ,  $p = n.s.$ ). Die univariaten Regressionsanalysen ergaben folgende nicht-signifikante Varianzaufklärungen in der BDI-Wert-Reduktion (Reduktion der Depressivität bei Entlassung, siehe Tabelle 4-30):

*Tabelle 4-30: Ergebnisse der univariaten Regressionen mit den sieben Selbstdarstellungskategorien als Prädiktorvariablen auf den Therapieerfolg (Verbesserung im BDI-II), Gesamtstichprobe (N=80)*

| Selbstdarstellungskategorie             | Univariate Regression:<br>Vorhersage auf die Symptombesserung<br>bei Entlassung – Depressivität <sup>a</sup> |      |
|---|--|------|
|   | Total $\bar{R}^2$  | p    |
| I.kompetenzorientierte SD               | .017   | n.s. |
| II.klagende SD                          | .000   | n.s. |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | .015   | n.s. |
| IV.externalisierungsorientierte SD      | .006   | n.s. |
| V.hilfesuchende Selbstdarstellung SD    | .003   | n.s. |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | .002   | n.s. |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | .001   | n.s. |

<sup>a</sup> Differenz im Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung, Aufnahmewert minus Entlasswert

*Symptomreduktion Generelle Symptomatik (BSI) als Operationalisierung von Therapieerfolg.* Die multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss) zeigt, dass die Reduktion in der Gesamtsymptomatik, operationalisiert über die Differenz in der GSI-Skala Generelle Symptomatik (Brief Symptom Inventory, BSI), zu 15.5% (Total  $\bar{R}^2 = .155$ ,  $p = n.s.$ ) durch die sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch vorhergesagt werden konnte. Laut Tabelle 4-31 sagten die ein-

zelenen sieben Selbstdarstellungskategorien folgende Varianzen der Symptomreduktion im GSI-Score vorher (Details siehe Anhang B.12): Keine Selbstdarstellungskategorie im Aufnahmegespräch sagte alleine mehr als 4.2% der Symptombesserung im GSI vorher oder war signifikant.

*Tabelle 4-31: Ergebnisse der univariaten Regressionen mit den sieben Selbstdarstellungskategorien als Prädiktorvariablen auf den Therapieerfolg (Verbesserung im GSI), Gesamtstichprobe (N=80)*

| Selbstdarstellungskategorie             | Univariate Regression:<br>Vorhersage auf die Symptombesserung<br>bei Entlassung - Generelle Symptomatik <sup>a</sup> |      |
|---|--|------|
|   | Total $\bar{R}^2$  | p    |
| I.kompetenzorientierte SD               | .033   | n.s. |
| II.klagende SD                          | .042   | n.s. |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | .024   | n.s. |
| IV.externalisierungsorientierte SD      | .042   | n.s. |
| V.hilfesuchende Selbstdarstellung SD    | .003   | n.s. |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | .005   | n.s. |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | .011   | n.s. |

<sup>a</sup> Differenz im Gesamtscore GSI (Generelle Symptomatik) des Brief Symptom Inventory (BSI), Patientenselbsteinschätzung, Aufnahmewert minus Entlasswert

*Therapeuteneinschätzung als Operationalisierung von Therapieerfolg.* Die multiple Regressionsanalyse ergab im Gesamtvorhersagemodell, dass 12.1% (Total  $R^2 = .121$ ,  $p = n.s.$ ) des Therapieerfolgs - operationalisiert über die Differenz der Therapeuteneinschätzung der Schwere der Gesamtsymptomatik (Therapieanfang minus Therapieende) - von der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch vorhergesagt werden konnten (Details siehe Anhang B.12). Die Ergebnisse der univariaten Regressionsanalysen finden sich in Tabelle 4-32. Eine einzelne Selbstdarstellungskategorie im Aufnahmegespräch sagte somit maximal 7.5% der Varianz des Therapieerfolgs (Therapeutenrating) vorher. Die Therapeuteneinschätzung des Therapieerfolgs wurde signifikant nur durch die V.hilfesuchende Selbstdarstellung ( $\beta = -.23$ ,  $p = .045$ ) und durch die VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung ( $\beta = -2.7$ ,  $p = .014$ ) vorhergesagt.

*Datennahe Interpretation:* Die Selbstdarstellungskategorien konnten den Therapieerfolg, über alle drei Operationalisierungen, nicht signifikant vorhersagen. Lediglich eine hohe hilfeschuchende Selbstdarstellung und viel Vermeidung unangenehmer Themen in der ersten Therapiestunde sagten zu einem kleinen Teil einen geringeren Therapieerfolg, gemessen über die Therapeuten-einschätzung, signifikant vorher.

Tabelle 4-32: Ergebnisse der univariaten Regressionen mit den sieben Selbstdarstellungskategorien als Prädiktorvariablen auf den Therapieerfolg (Therapeuteinschätzung), Gesamtstichprobe (N=80)

| Selbstdarstellungskategorie             | Univariate Regression:<br>Vorhersage auf die Symptombesserung<br>bei Entlassung- Therapeutenurteil <sup>a</sup> |              |
|---|---|--------------|
|   | Total $\bar{R}^2$   | p            |
| I.kompetenzorientierte SD               | .000  | n.s.         |
| II.klagende SD                          | .012  | n.s.         |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | .004  | n.s.         |
| IV.externalisierungsorientierte SD      | .013  | n.s.         |
| V.hilfesuchende SD                      | .050  | <b>.045*</b> |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | .002  | n.s.         |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | .075  | <b>.014*</b> |

<sup>a</sup> Therapeuteinschätzung des Therapieerfolges auf 5-stufiger Skala, Schwere der Gesamtsymptomatik Aufnahmeeinschätzung minus Schwere der Gesamtsymptomatik Entlasseinschätzung; \* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

#### 4.5.2 Vorhersage von Therapieerfolg durch Rentenwunsch (*Unterstichprobe Rentenangabe*)

Zum Zusammenhang, dass die allgemeine Psychotherapiemotivation - beispielsweise nach Schneider, Klauer, Janssen und Tetzlaff (1999, S. 240) insbesondere die Dimensionen psychosoziale Laienätiologie und allgemeine Offenheit für Psychotherapie - für den Behandlungsverlauf bzw. den Erfolg von Psychotherapien eine Rolle spielen, gibt es zahlreiche empirische Befunde. Hinweise zur Beantwortung der Frage, ob auch „ein bereits eingereicherter Rentenantrag eine relevante Variable darstellt“ (S.12) bezüglich der „Ergebnisse einer psychotherapeutischen stationären Behandlung“ (S.12) lieferten nun Nickel et al. (2006) in seiner Studie zum Zusammenhang von Therapiemotivation bei depressiv erkrankten Patientinnen und deren Therapieerfolg. Wie in der Einleitung (siehe Kap. 2.1) beschrieben, fassen Nickel et al. (2006) seine Ergebnisse an 64 stationären depressiven Psychotherapiepatientinnen wie folgt zusammen:

Alle Patientinnen, die einen Rentenantrag gestellt hatten, wurden in der Gruppe der weniger motivierten Patientinnen gefunden und zu einer Subgruppe zusammengefasst. [...] Die Subgruppe der `Rentenpatientinnen` zeigte in allen drei Messinstrumenten eine signifikant geringe Veränderung. Patientinnen mit depressiver Symptomatik, die primär über eine relativ hohe Therapiemotivation verfügen, könnten signifikant stärker als die weniger motivierten von der stationären psychotherapeutischen Behandlung profitieren (S.11).

Zwerenz (2005) entwickelte aufgrund des Stellenwerts, welche die *berufsbezogene* Therapiemotivation für den therapeutischen Prozess und den Therapieerfolg hat, einen Fragebogen, welcher „erstmalig die berufsbezogene Therapiemotivation als relevantes Behandlungsmerkmal in der psychosomatischen Rehabilitation erfasst“ (S.14).

Auch in der vorliegenden Studie soll daher geprüft werden, ob ein vom Patienten unabhängig vom Aufenthalt geäußelter Rentenwunsch (ja/nein) den Therapieerfolg vorhersagen kann. Schließlich hatte die Variable Rentenwunsch (ja/nein), wie die Ergebnisse in Kapitel 4.4.1.2 zeigen, bereits einmal eine gute Prädiktionskraft.

*Symptomreduktion Depressivität (BDI-II) als Operationalisierung von Therapieerfolg.* Nur 0.2% der Varianz der Verbesserung im BDI-II nach dem Klinikaufenthalt konnten durch einen Rentenwunsch (ja/nein) beim Patienten vorhergesagt werden ( $\beta = .04$ ,  $p = .776$ , siehe Tab.4-33).

Tabelle 4-33: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable Rentenwunsch auf den Therapieerfolg (Verbesserung im BDI-II), Unterstichprobe Rentenangabe ( $n=49$ )

| Prädiktorvariablen                                | B    | SE B | $\beta$ | t   | p    |
|---|------|------|---------|-----|------|
| <b>Modell 1:</b>                                  |      |      |         |     |      |
| <b>Symptomreduktion Depressivität<sup>b</sup></b> |      |      |         |     |      |
| Rentenwunsch (ja/nein) <sup>a</sup>               | 1.10 | 3.85 | .04     | .29 | .776 |
| Total $R^2 = .002$                                |      |      |         |     |      |

<sup>a</sup> Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008), Einschätzung Patienten bei Entlassung; <sup>b</sup> Differenz im Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung, Aufnahmewert minus Entlasswert; Imputationsnummer: Originaldaten

*Symptomreduktion Generelle Symptomatik (BSI) als Operationalisierung von Therapieerfolg.* Auch die Prädiktorstärke des Prädiktors Rentenwunsch (ja/nein) auf die Symptomreduktion in der generellen Symptomatik blieb unter einem Prozent: 0.5% des Therapieerfolgs, operationalisiert über die generelle Symptomatik, wurden durch Rentenwunsch vorhergesagt ( $\beta = .07$ ,  $p = .622$ , Tab. 4-34)

Tabelle 4-34: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable Rentenwunsch auf den Therapieerfolg (Symptomreduktion Generelle Symptomatik), Unterstichprobe Rentenangabe ( $n=49$ )

| Prädiktorvariablen  | B    | SE B | $\beta$ | t   | p    |
|---|------|------|---------|-----|------|
| <b>Modell 1:</b>  |      |      |         |     |      |
| <b>Symptomreduktion Generelle Symptomatik<sup>b</sup></b> |      |      |         |     |      |
| Rentenwunsch (ja/nein) <sup>a</sup>                       | 2.98 | 6.00 | .07     | .50 | .622 |
| Total $R^2 = .005$  |      |      |         |     |      |

<sup>a</sup> Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008), Einschätzung Patienten bei Entlassung; <sup>b</sup> Differenz im Gesamtscore GSI (Generelle Symptomatik) des Brief Symptom Inventory (BSI), Patientenselbsteinschätzung, Aufnahmewert minus Entlasswert; Imputationsnummer: Originaldaten

*Therapeuteneinschätzung als Operationalisierung von Therapieerfolg.* Der Rentenwunsch (ja/nein) sagte schließlich 3.0% der Therapeuteneinschätzung des Therapieerfolges voraus ( $B = -.22$ ,  $p = .232$ , siehe Tab.4-35). Auch diese Vorhersage war nicht signifikant.

*Tabelle 4-35: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable Rentenwunsch auf den Therapieerfolg (Therapeuteneinschätzung), Unterstichprobe Rentenangabe (n=49)*

| Prädiktorvariablen  | B    | SE B | t    | p     | Anteil fehlender Info |
|---|------|------|------|-------|-----------------------|
| <b>Modell 3:</b>  |      |      |      |       |                       |
| <b>Therapieerfolg Therapeuteneinschätzung<sup>b</sup></b> |      |      |      |       |                       |
| Rentenwunsch <sup>a</sup>                                 | -.33 | .28  | -.17 | -1.20 | .232                  |
| Total $\bar{R}^2 = .030$                                  |      |      |      |       |                       |

<sup>a</sup> Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008), Einschätzung Patienten bei Entlassung; <sup>b</sup> Therapeuteneinschätzung des Therapieerfolges auf 5-stufiger Skala, Schwere der Gesamtsymptomatik Aufnahmeinschätzung minus Schwere der Gesamtsymptomatik Entlasseinschätzung; Imputationsnummer: kombiniert

*Datennahe Interpretation:* Der Rentenwunsch (ja/nein) als anreizbezogenen Variable, über welchen die 49 Patienten der Unterstichprobe Rentenangabe unabhängig von der stationären Behandlung im Rahmen dieser Studie Auskunft gaben, konnte den Therapieerfolg nicht signifikant vorher sagen – gleich, über welche Variablen eine erfolgreiche Therapie operationalisiert wurde. Dies ist ein überraschendes Ergebnis, betrachtet man den theoretischen Hintergrund dieser Studie (siehe Kap. 2.2), welcher auch aufgrund der Literatur (siehe theoretischer Hintergrund Unterstichprobe Rentenangabe, Kap.2.1; Nickel et al., 2006) von einem Zusammenhang zwischen einem vorhandenem Rentenwunsch und negativem Therapieoutcome ausgeht.

#### 4.5.3 Vorhersage von Therapieerfolg durch Depressivität

Nachdem Kap. 4.5.1 und 4.5.2 zeigten, dass die sieben Selbstdarstellungskategorien und der Rentenwunsch (ja/nein) bei Patienten den Therapieerfolg nicht bis kaum vorher sagen konnten, wird innerhalb dieses Kapitels nun geprüft, inwieweit die Depressivität bei Aufnahme (BDI-II-Wert) der Patienten den Therapieerfolg vorher sagen kann.

*Symptomreduktion Depressivität (BDI-II) als Operationalisierung von Therapieerfolg.* 35.8% der Varianz der Verbesserung im BDI-II nach dem Klinikaufenthalt scheint durch die Depressivität des Patienten bei Aufnahme (operationalisiert über den Aufnahme-Wert im BDI-II) signifikant vorher gesagt werden zu können (Total  $\bar{R}^2 = .059$ ,  $B = .59$ ,  $p = .000$ , siehe Tab.4-36).

Tabelle 4-36: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable *Depressivität auf den Therapieerfolg (Verbesserung im BDI-II)*, Gesamtstichprobe (N=80)

| Prädiktorvariablen                                | B   | SE B | t    | p      | Anteil fehlender Info |
|---|-----|------|------|--------|-----------------------|
| <b>Modell 1:</b>                                  |     |      |      |        |                       |
| <b>Symptomreduktion Depressivität<sup>b</sup></b> |     |      |      |        |                       |
| Depressivität <sup>a</sup>                        | .59 | .90  | 6.56 | .000** | .012                  |
| Total R <sup>2</sup> = .358**                     |     |      |      |        |                       |

<sup>a</sup> Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung, Aufnahmewert; <sup>b</sup> Differenz im Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung, Aufnahmewert minus Entlasswert; Imputationsnummer: kombiniert; \*\*Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.001 (2-seitig) signifikant

*Symptomreduktion Generelle Symptomatik (BSI) als Operationalisierung von Therapieerfolg.* Die Prädiktorstärke des Prädiktors Depressivität auf die Symptomreduktion in der generellen Symptomatik war deutlich geringer als die Prädiktorstärke auf die Verbesserung im BDI-II (siehe oben).

Tabelle 4-37: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable *Depressivität auf den Therapieerfolg (Symptomreduktion Generelle Symptomatik)*, Gesamtstichprobe (N=80)

| Prädiktorvariablen  | B   | SE B | t    | p     | Anteil fehlender Info |
|---|-----|------|------|-------|-----------------------|
| <b>Modell 1:</b>  |     |      |      |       |                       |
| <b>Symptomreduktion Generelle Symptomatik<sup>b</sup></b> |     |      |      |       |                       |
| Depressivität <sup>a</sup>                                | .32 | .15  | 2.11 | .035* | .000                  |
| Total R <sup>2</sup> = .054*                              |     |      |      |       |                       |

<sup>a</sup> Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung, Aufnahmewert; <sup>b</sup> Differenz im Gesamtscore GSI (Generelle Symptomatik) des Brief Symptom Inventory (BSI), Patientenselbsteinschätzung, Aufnahmewert minus Entlasswert; Imputationsnummer: kombiniert; \* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 (2-seitig) signifikant

5.4% des Therapieerfolgs, operationalisiert über die generelle Symptomatik, wurden durch die Depressivität vorhergesagt, diese Voraussage war signifikant (B=.32, p=.035, siehe Tab.4-37).

*Therapeuteneinschätzung als Operationalisierung von Therapieerfolg.* Die Depressivität sagte schließlich 1.2% der Therapeuteneinschätzung des Therapieerfolgs voraus (B= -.22, p=.232). Diese Vorhersage war nicht signifikant (B= -.01, p=.350, siehe Tab.4-38).

Tabelle 4-38: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable Depressivität auf den Therapieerfolg (Therapeuteneinschätzung), Gesamtstichprobe (N=80)

| Prädiktorvariablen  | B    | SE B | t    | p    | Anteil fehlender Info |
|---|------|------|------|------|-----------------------|
| <b>Modell 3:</b>  |      |      |      |      |                       |
| <b>Therapieerfolg Therapeuteneinschätzung<sup>b</sup></b> |      |      |      |      |                       |
| Depressivität <sup>a</sup>                                | -.01 | .01  | -.93 | .350 | .000                  |

$$\text{Total } \bar{R}^2 = .012$$

<sup>a</sup> Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung, Aufnahmewert; <sup>b</sup> Therapeuteneinschätzung des Therapieerfolges auf 5-stufiger Skala, Schwere der Gesamtsymptomatik Aufnahmeeinschätzung minus Schwere der Gesamtsymptomatik Entlasseinschätzung; Imputationsnummer: kombiniert

*Datennahe Interpretation:* Im Gegensatz zur Selbstdarstellung und zum Rentenwunsch scheint die Depressivität bei Aufnahme durchaus den Therapieerfolg vorhersagen zu können: Der BDI-II-Wert bei Aufnahme erklärte 36% Varianz der Reduktion im BDI-II-Wert zwischen Aufnahme- und Entlasszeitpunkt – je depressiver die Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme, umso mehr konnten sie anscheinend später ihre depressiven Beschwerden reduzieren und dadurch einen höheren Therapieerfolg am Ende des Behandlungszeitraumes erzielen. Diese Varianzaufklärung ist als hoch zu werten, auch wenn an dieser Stelle eine statistische Einschränkung zu beachten ist (siehe unten). Die Vermutung: je schwerer mit depressiven Symptomen belastet die Patienten sind, umso mehr scheinen sie auch von der psychosomatischen Behandlung zu profitieren. Die Patienten dieser Studie wurden nach einem integrativen, verhaltenstherapeutisch ausgerichteten Gesamtkonzept hochfrequent behandelt. An dieser Stelle wäre aus methodischer Sicht alternativ zur Berechnung der absoluten Reduktion der Depressivität (absoluter Therapieerfolg: BDI-II-Entlasswert – BDI-II-Aufnahmewert) auch die Berechnung des relativen Therapieerfolgs im Bezug zum Ausgangswert der Depressivität (BDI-II-Entlasswert – BDI-II-Aufnahmewert / BDI-II-Aufnahmewert) sinnvoll. Auch kann die Regressionsanalyse keine Aussage über Kausalitäten machen – selbstverständlich könnten außer der psychosomatischen Behandlung auch ganz andere Variablen – etwas Distanz zum belastenden häuslichen Umfeld - eine ursächliche Rolle bei der Reduktion der Depressivität gespielt haben. Auch operationalisiert über die Generelle Symptomatik (GSI) sagte die Depressivität bei Aufnahme den Therapieerfolg signifikant vorher – allerdings zu lediglich fünf Prozent.

Einschränkend muss aus statistischer Sicht an der Stelle der hohen Varianzaufklärung der Vorhersage der Depressivität auf den Therapieerfolg auf die Möglichkeit einer Regression zur Mitte (siehe Zwingmann & Wirtz, 2005) hingewiesen werden. Es besteht die Möglichkeit, dass durch einen möglichen Regressionseffekt durch das zweimalige Verwenden des Messinstruments – in diesem Fall des BDI-Fragebogens – die erklärte Varianz hin zu einem die tatsächlichen Zusam-

menhänge überschätzenden Wert verzerrt wurde. Die Autoren Zwingmann und Wirtz (2005) führen zu diesem Effekt aus:

Bei der Evaluation der Effektivität von Rehabilitationsmaßnahmen kann Regression zur Mitte auftreten. Damit ist gemeint, dass die Messwerte in einer Gruppe von Patienten mit extremen Merkmalsausprägungen allein aufgrund von Zufall, also auch ohne „wirkliche“ Veränderung, bei wiederholter Merkmalsmessung im Durchschnitt extrem ausgeprägt sind. Wird diese Veränderungskomponente bei der Evaluation von Behandlungseffekten in Extremgruppen nicht berücksichtigt, kommt es zu Fehleinschätzungen in der Wirksamkeit (S.244).

Einige wichtige Argumente lassen sich in der vorliegenden Studie gegen eine Verzerrung des Behandlungseffekts im Sinne einer Regression zur Mitte bei der Betrachtung des Therapieerfolgs operationalisiert über die Reduktion in der Depressivität vorbringen. Ein wichtiger Punkt erscheint hier die nicht-extreme Merkmalsausprägung im Depressivitätsmaß bei Behandlungsbeginn (BDI-Maß) in der hier vorliegenden Patientengruppe zu sein. Der durchschnittliche Depressivitätsscore liegt in der von der Autorin untersuchten Stichprobe (N=80) bei 26.2, nach den Kriterien von Hautzinger et al. (2006) wie berichtet ein noch mittelhoher Wert. Ähnliche klinische Stichproben zeigen zudem beim BDI-Maß - ein Fragebogen, welcher speziell für den Einsatz im klinischen Setting konstruiert wurde - einen ähnlichen Depressivitätsscore bei Behandlungsbeginn. Nickel et al. (2006), auf dessen Ergebnisse im Rahmen dieser Arbeit oft Bezug genommen wird, referiert einen BDI-Wert im Prä-Test von 23.8. Goldman, Greenberg und Angus (2006) geben in ihrer RCT-Studie (randomized controlled trials) einen BDI-Wert von 26.3 bei Behandlungsbeginn an.

Um die vorliegenden Ergebnisse bezüglich der hohen Varianzaufklärung (36%) der Depressivität bezüglich des Behandlungserfolgs - operationalisiert über die Reduktion in der Depressivität - abzusichern, wurde dennoch ergänzend ein t-Test für abhängige Stichproben durchgeführt. Dies geschah, um zu prüfen, ob sich ein signifikanter Mittelwertsunterschied bei den untersuchten 80 Patienten der Gesamtstichprobe bezüglich des Depressivitäts-Werts bei Aufnahme (Originaldaten,  $M=26.2$ ) und des Depressivitätswerts bei Entlassung (imputierte Daten,  $\bar{M}=12.0$ ) ergibt. Der gefundene Unterschied ist im t-Test mit  $\bar{T}(78) = 11.0$ ,  $p < .001$  schließlich signifikant.

Ein (Warte-) Kontrollgruppendesign wie in Psychotherapiestudien im Rahmen von RCT-Studien zur Sicherung des Behandlungseffekts üblich konnte aus Gründen der mangelnden Realisierbarkeit von klinischen Aufnahmegesprächen ohne die anschließende vollstationäre Behandlung im Rahmen dieser Studie mit Fokus auf persönlichkeitspsychologische Fragestellungen nicht durchgeführt werden.

## 5 DISKUSSION

In den Kapiteln 5.1 und 5.2 werden zunächst zusammenfassend die Ergebnisse der Beobachterübereinstimmung sowie der Ergebnisse der Fragebogenbatterie dargestellt und diskutiert – als Grundlage für die Diskussion der fünf Hypothesen der vorliegenden Studie (siehe Kap. 5-3).

### **5.1 Zusammenfassende Diskussion der Beobachterübereinstimmung**

Die Beobachterübereinstimmung (Pearson-Korrelation und Inter-Class-Correlation) war bei allen sieben Selbstdarstellungskategorien noch hoch bis sehr hoch. In der Kategorie I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung war sie nach den statistischen Kennwerten am geringsten. Gründe für eine niedrigere Interraterreliabilität wurden auch bereits in der datennahen Interpretation in Kapitel 4.1 eruiert. Als Grund für eine nicht-vollständige Beobachterübereinstimmung allgemein kommt neben der geringen Ratinghäufigkeit in einigen Kategorien – insbesondere der I.kompetenzorientierten Selbstdarstellung und der VII.vermeidungsorientierten Selbstdarstellung – vermutlich die Tatsache zum tragen, dass es sich bei der Analyse von Videos psychotherapeutischer Sitzungen um eine anspruchsvolle Aufgabe handelt, aus der Fülle an Informationen und Interaktionen in solch einer Therapiesitzung selbstdarstellungsrelevantes Verhalten auf Patientenseite zu isolieren und dieses von der reinen Symptomabfrage abzugrenzen. Die Autorin dieser Studie stellte sich aber bewusst dieser Herausforderung, tatsächliche und unstandardisierte Therapiesitzungen auf selbstdarstellungsrelevantes Verhalten hin zu analysieren, auch wenn diese Analysen weit schwerer reliabel auszuwerten erscheinen als die Ausgabe und darauf folgende Analyse z.B. eines Fragebogens zum Thema Selbstdarstellung. Die Schwierigkeiten des Beobachtertrainings und des Ratings, beispielsweise selbstdarstellungsrelevantes Verhalten auf Patientenseite durch einen Co-Rater von der reinen Symptomabfrage abgrenzen zu lernen, wurden daher gerne in Kauf genommen, um wissenschaftliche, persönlichkeitspsychologische Ergebnisse aus diesem relevanten Bereich der psychotherapeutischen Praxis zu erhalten. Insgesamt ist die Beobachterübereinstimmung für diese Studie aus Sicht der Autorin als zufrieden stellend einzuschätzen. Wirtz und Caspar (2002) weisen in einem Fallbeispiel von Videoratings der Aufnahmesitzungen verschiedener Therapeuten zudem darauf hin, dass bei einer solchen „Studie nicht alle möglichen Quellen mangelnder Reliabilität kontrolliert werden können“ (S.219).

### **5.2 Zusammenfassende Diskussion der deskriptiven Ergebnisse: Die Fragebogenbatterie und die Selbstdarstellung im psychotherapeutischen Aufnahmegespräch**

*Fragebogenbatterie:* Die 80 Patienten der vorliegenden Studie erreichten durchgehend durchschnittliche Ergebnisse in Therapiemotivationsfragebogen (FPTM) verglichen mit einer vorläufigen klinischen Normstichprobe und waren – wie im stationären Setting zu erwarteten – nach der Einteilung

von Hautzinger et al. (2006) durchschnittlich mittel- bis schwergradig depressiv (BDI-II). Die Symptombelastung (BSI) lag im Mittel fast durchgängig über alle Symptombereiche im klinisch auffälligen Bereich mit einem T-Wert  $\geq 63$  nach Franke (2000) – auch dies entspricht den Erwartungen an eine stationäre psychotherapeutische Stichprobe. Bezüglich der Big Five Persönlichkeitseigenschaften (NEO-FFI) erreichten die Patienten im Durchschnitt, verglichen mit einer nicht-klinischen, bevölkerungsrepräsentativen Normstichprobe, erhöhte Neurotizismuswerte, durchschnittliche Extraversionswerte sowie durchschnittliche Offenheits- und Verträglichkeitswerte bei erhöhter Gewissenhaftigkeit. Sowohl erhöhter Neurotizismus als auch erhöhte Gewissenhaftigkeit erscheinen bezüglich der oftmals chronischen, stationär behandelten Störungsbilder der Patienten - wie Zwänge, Depressionen und Persönlichkeitsstörungen, welche auch durch Neurotizismus und erhöhte Gewissenhaftigkeit gekennzeichnet sind – nachvollziehbar. Die Patienten schätzten sich, verglichen mit einer ersten studentischen Stichprobe, hinsichtlich ihrer Selbstdarstellungskompetenzen – um sozialen Erfolg zu erreichen - auf der Verhaltensebene als leicht unterdurchschnittlich ein (aquisitive Selbstdarstellung) und zeigten bezüglich der Skala Protektiver Sozialer Vergleich mit anderen (protektive Selbstdarstellung, um sich vor sozialer Missbilligung zu schützen) leicht erhöhte Werte. Bezüglich Wahrnehmungssensibilität (aquisitive Selbstdarstellung) und Protektive Variabilität (protektive Selbstdarstellung) zeigten sie, verglichen mit der studentischen Stichprobe, durchschnittliche Werte (ASÜ, PSÜ). In Hinblick auf die soziale Erwünschtheit (BIDR) zeigten die Patienten, verglichen mit einer nicht-klinischen Vorstichprobe, nur eine durchschnittliche Tendenz, ihr Antwortverhalten im Fragebogen selbstwertdienlich anzupassen (Selbsttäuschung) und ihr Antwortverhalten mit dem Ziel zu verfälschen, dass der Fragesteller – im vorliegenden Fall die Studienleitung dieser Studie - ein möglichst positives Bild von ihnen bekommt (Fremdtäuschung). Bezogen auf die Status- und Trait-Angst, die Status- und Trait-Depression sowie deren Unterskalen und Globalscores (STADI) zeigten sich durchgehend erhöhte Werte in Richtung einer negativen Affektivität, wie sie auch Laux et al. (2013) auch in klinischen Stichproben bei einer Untersuchung der Zustands- und der Eigenschafts-Angst und Depression fanden. Die Zustandsangst und –depression wurden in der vorliegenden Studie dabei unmittelbar vor der Aufnahmesitzung gemessen.

*Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch (deskriptiv).* Insgesamt stellten sich die 80 Psychotherapiepatienten nach Einschätzung der Rater wie folgt in der Aufnahmesitzung dar: Sie wollten im Durchschnitt am häufigsten ein guter Klient sein, eine gute Beziehung zum Therapeuten schaffen und zeigten Interesse und Bereitschaft, an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten. Auch noch häufig forderten die Patienten im Aufnahmegespräch Hilfe vom Therapeuten und machten deutlich, dass sie es schwer haben/hatten. Äußerst selten präsentierten die Patienten von sich aus noch verbliebene Stärken und Kompetenzen; zeigten, dass ihr Leiden stark fremdbeeinflusst ist oder schützten sich vor bedrohlichen Veränderungen.

Diese Ergebnisse, welche eine dem Therapeuten gegenüber sehr häufig freundliche, aktiv-lösungsorientierte patientische Selbstdarstellung zeigten, standen zunächst im Gegensatz zum klinischen Eindruck der Studienleitung als Therapeutin, die Patienten würden im Aufnahmegespräch überwiegend klagen und ihr Leiden external attribuieren. Das Verhältnis zwischen Klagen und Hilfe beim Therapeuten fordern einerseits und sich dem Therapeuten gegenüber als freundlich und lösungsaktiv zu präsentieren andererseits zeigte sich nach dem Rating der Videos jedoch als recht ausgeglichen. Dieses ausgeglichene Verhältnis ist überraschend. Der negativ-lamentierende Eindruck, den Therapeuten manchmal nach der ersten Sitzung von ihren Patienten gewinnen, rührt aber wohl eher daher, dass der Therapeut selbst im Erstgespräch durch seine problem- und symptomorientierten Fragen negative Äußerungen der Patienten hervorruft. Diese sind aber, wenn sie nicht sehr deutlich geäußert und spontan vom Patienten gezeigt werden, sondern eine angemessene Reaktion auf eine konkrete Symptomabfrage von Seiten des Therapeuten darstellen, aufgrund der Anforderungen an die vorliegende Studie, das 80-stündige Videomaterial praktikabel auswerten zu können, nicht als Selbstdarstellungseinheiten des Patienten zu werten (eingeschränkte Selbstdarstellungsdefinition, siehe Kap. 2.1, Abschnitt „Selbstdarstellungseinheiten im Aufnahmegespräch – ein Patientenbeispiel“).

Kritische Punkte bezüglich der stellenweise geringen Sättigung einiger Ratingkategorien bzw. bezüglich der als übermäßig erscheinenden Belegung anderer Ratingkategorien wurden diskutiert. Diese sind vermutlich mit einer zu großen Anzahl – nämlich 33 – von Rating-Unterkategorien, mit daraus resultierenden Beobachtereffekten sowie mit der Besonderheit der Situation des Aufnahmegesprächs in Verbindung zu bringen, in welchem z.B. Selbstdarstellung, welche das eigene Leiden als fremdbeeinflusst darstellt, vermutlich noch nicht vorkommt. Zudem wurde diskutiert, dass das für die vorliegende Studie verwendete Kategoriensystem in einer *Einzel-fallanalyse* plananalytisch erarbeitet wurde und für den Einsatz in weiteren Psychotherapiestudien optimiert werden sollte.

Einige Selbstdarstellungskategorien traten häufig gemeinsam auf: So kam klagendes Verhalten häufig gleichzeitig mit beim Therapeuten hilfesuchendem Verhalten vor und freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung trat oft mit selbstdarstellungsrelevantem Verhalten auf, bei welchem der Patient zeigt, dass er bereit ist, an der Lösung seiner Probleme zu arbeiten. Diese Befunde mit mittelhohen Korrelationen sind inhaltlich sehr stimmig, offenbaren aber auch eventuelle Einschränkungen bezüglich der Disjunktheit des in der vorliegenden Studie verwendeten Kategoriensystems nach Strunk et al. (2004) auf der Ebene der 702 den Selbstdarstellungskategorien zugrunde liegenden Operatoren. Aufgrund der mittelhohen Korrelationen dieser Selbstdarstellungskategorien scheint es sich insgesamt jedoch um eher ähnliche, aber eben um keine identischen Selbstdarstellungskategorien zu handeln.

### 5.3 Diskussion der korrelativen und regressionsanalytischen Ergebnisse: Die fünf Hypothesen der Studie

#### 5.3.1 Diskussion Hypothese 1: Der Stellenwert soziodemographischer Merkmale für die Selbstdarstellung

Hypothese eins lautet „Es besteht ein Zusammenhang zwischen den *soziodemographischen Variablen* Alter, Geschlecht und der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch [ungerichtete Hypothese]“ und wurde korrelationsanalytisch und regressionsanalytisch durch die Daten der Gesamtstichprobe (N=80) beantwortet. Diese Hypothese kann hinsichtlich der soziodemographischen Variable Geschlecht bestätigt werden - Frauen stellten sich gegenüber dem Therapeuten hilfeschender in der ersten Therapiestunde dar als Männer. Dieser Geschlechtereffekt war nach Cohen mittelstark ausgeprägt. Das Geschlecht sagte als alleinige Variable immerhin 8 % der hilfeschenden Selbstdarstellung der Patienten im Erstgespräch vorher. Bezüglich der soziodemographischen Variable Alter konnte die Hypothese nicht bestätigt werden, es bestanden zwar geringe Korrelationen zwischen dem Alter und der kompetenzorientierten Selbstdarstellung – diese waren jedoch nicht signifikant. Auf die verbliebenen sechs Selbstdarstellungskategorien hatten die soziodemographischen Variablen keinen relevanten Einfluss. Die in der Begründung der Hypothese eins (siehe Kap. 2.2) genannten, aus der Literatur (siehe Mummendey, 1995) abgeleiteten Zusammenhänge zwischen der kompetenzorientierten und der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung und der Variable Geschlecht konnten demnach mit dieser Studie nicht bestätigt werden.

Insgesamt ist der Einfluss der soziodemographischen Variablen auf die Selbstdarstellung - insbesondere wenn man die erklärten Varianzen hier mit den erklärten Varianzen etwa der Variable Rentenwunsch vergleicht - somit als eingeschränkt vorhanden zu bewerten.

#### 5.3.2 Diskussion Hypothese 2: Der Stellenwert von Therapiemotivation und externem Anreiz (Fokus: Rentenwunsch) für die Selbstdarstellung

Hypothese zwei lautet im allgemeinen Teil „Es besteht ein Zusammenhang zwischen therapiemotivationsbezogenen Variablen und der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch“. Der allgemeine Teil dieser Hypothese konnte in der vorliegenden Untersuchung teilweise bestätigt werden. Details hierzu klären die beiden gerichteten Hypothesen Teil eins und Teil zwei zu Hypothese zwei in den folgenden Absätzen:

Die gerichtete Hypothese Teil eins zur Hypothese zwei besagt „Je *weniger therapiemotiviert* die Patienten, umso *weniger kompetenzorientiert*, umso *klagender*, umso *externalisierungsorientierter*, umso *hilfeschender*, umso *weniger aktiv-lösungsorientiert* und umso *vermeidungsorientierter*

stellen sie sich gegenüber ihrem Therapeuten im psychotherapeutischen Erstgespräch dar“. Diese Hypothese wurde mithilfe der Gesamtstichprobe (N=80) korrelationsanalytisch und regressionsanalytisch beantwortet. Es zeigten sich einige geringe und mittelhohe Zusammenhänge zwischen sechs der sieben Selbstdarstellungskategorien und den Dimensionen der Psychotherapiemotivation (Dimensionen: Psychischer Leidensdruck, Hoffnung, Vermeidung psychischer Hilfsbedürftigkeit, Initiative und Symptombezogene Zuwendung durch Andere). Die kompetenzbezogene Selbstdarstellung spielte hierbei als Kriteriumsvariable eine besondere Rolle: Insgesamt sagten diese sechs Dimensionen des Psychotherapiemotivationsfragebogen (FPTM) 18% der Varianz der kompetenzbezogenen Selbstdarstellung vorher, wobei die Dimension Psychische Leidensdruck alleine 5 % Vorhersagekraft hatte. Dies bedeutet, dass je mehr Leidensdruck die Patienten erlebten (d.h. je therapiemotivierter sie in diesem Sinne sind), desto weniger werden sie im Aufnahmegespräch Stärken und Kompetenzen darstellen. Allerdings sagte auch Initiative als Dimension der Therapiemotivation einen signifikanten Anteil der Selbstdarstellungskategorie „Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten“ im Aufnahmegespräch vorher; hier gilt: Je mehr Initiative – ergo je therapiemotivierter – desto mehr aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung im Erstgespräch. Ebenso wie sich Patienten mit hoher Symptombezogener Zuwendung durch Andere (was einer geringen Therapiemotivation entspricht) im Aufnahmegespräch auf Selbstdarstellungsebene eher vor bedrohlichen Veränderungen schützen.

Insgesamt ist die gerichtete Hypothese Teil eins als für zwei von fünf Selbstdarstellungskategorien, welche in der Hypothese explizit benannt werden, als bestätigt anzusehen (für die aktiv-lösungsorientierte und für die vermeidungsorientierte Selbstdarstellung), was – beachtet man die unterschiedlichen Datenquellen Fragebogendaten und verhaltesbezogene Daten – ein zufriedenstellendes Ergebnis darstellt. Für die kompetenzorientierte Selbstdarstellung war der in der gerichteten Hypothese Teil eins genannte Zusammenhang zwar deutlich vorhanden, jedoch mit anderem Vorzeichen als vermutet. Aus dem therapeutischen Alltag kann dieser gefundene Zusammenhang jedoch bestätigt werden. Hier achtete die Autorin der Studie bei der Aufstellung der Hypothesen zu wenig darauf, dass ein mehr an Leidensdruck ja in der Theorie des Therapiemotivationsfragebogens (FPTM) ein mehr an Therapiemotivation bedeutet – und nicht weniger Therapiemotivation.

Die gerichtete Hypothese Teil zwei, zur Hypothese zwei, ergänzt die gerichtete Hypothese Teil eins um folgende Äußerung: „Dieser Zusammenhang gilt insbesondere für extern motivierte Patienten (Patienten mit Rentenwunsch) als Unterform der Therapiemotivation, auch unter Kontrolle der Depressivität“. Diese Hypothese wurde mithilfe der Daten der Unterstichprobe Rentenangabe (n=49) korrelationsanalytisch und regressionsanalytisch untersucht. Es zeigte sich, dass diese Hypothese hinsichtlich der Selbstdarstellungskategorien „klagende Selbstdarstellung“ und „hilfesuchende Selbstdarstellung“ bestätigt werden kann: Es bestand ein mittelhoher Zusammenhang zwischen dem Rentenwunsch (ja/nein) der Patienten und der klagenden Selbstdarstellung (Punkt-

biserale-Korrelation  $r_{pb}=.44$ ,  $p<.001$ ), welcher auch nach der Kontrolle des multiplen Testproblems (Bonferroni-Korrektur) sowie unter Kontrolle des Einflusses der Depressivität (Partielle Korrelation unter Kontrolle der Depressivität) noch signifikant blieb. Diese eine Variable, der Rentenwunsch (ja/nein), sagte insgesamt zudem 22 % der klagenden Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch vorher und es besteht an dieser Stelle nach Cohen ein großer Effekt des Rentenwunschs (ja/nein) auf das Klagen im Erstgespräch. Dies ist ein erstaunliches Ergebnis, bedenkt man, dass die Variable Rentenwunsch nur aus einem einzigen Item besteht. Offensichtlich hat der Rentenwunsch (ja/nein) der Patienten eine erstaunliche Prädiktionskraft auf das Aufnahmegespräch.

Der Effekt des Rentenwunschs (ja/nein) auf die hilfeschende Selbstdarstellung ist nach Cohen ebenfalls mittelhoch bei einem bestehenden positiven korrelativen Zusammenhang beider Variablen (Punkt-biserale-Korrelation  $r_{pb}=.32$ ,  $p<.05$ ).

Hinsichtlich der kompetenzorientierten, der externalisierungsorientierten, der aktivlösungsorientierten und der vermeidungsorientierten Selbstdarstellung konnte die Hypothese eines Zusammenhangs mit dem Rentenwunsch (ja/nein) nicht bestätigt werden. Dies überrascht die Autorin dieser Studie insbesondere in Bezug auf die externalisierungsorientierte Selbstdarstellung – also die Darstellung des Leidens als stark fremd - etwa vom Arbeitsplatz - beeinflusst. An dieser Stelle wurden am Wahrscheinlichsten positive Zusammenhänge mit einem möglichen Rentenwunsch vermutet: Die Autorin dieser Studie ging davon aus, die Patienten würden spontan häufiger darstellen, dass insbesondere ihre Arbeitsumgebung und Arbeitsbedingungen sie so krank machen würden, weshalb sie keine andere Möglichkeit mehr sehen als eine vorzeitige Berentung oder Pensionierung anzustreben, um sich vor weiterer Überlastung zu schützen. Wie bei der Diskussion der Verteilung der Häufigkeiten der sieben Selbstdarstellungskategorien bereits angedeutet (siehe Kap. 4.3.1) spielt hierbei wohl eine Rolle, dass insgesamt die Kategorie externalisierungsorientierte Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch selten geratet wurde. Diese geringe Ratinghäufigkeit hängt wohl stark damit zusammen, dass Patienten wohl in der ersten Therapiesitzung eine Hemmschwelle haben, explizit anzugeben, andere seien an ihrem Leiden schuld. Laut Kategoriendefinition müssen diese „anderen Personen“ aber explizit genannt werden. Indirekte Hinweise, wie sie während der Aufnahmesitzungen im Video durchaus öfter zu beobachten waren, reichten nicht aus. Aufgrund des geringen Ratings dieser Kategorie ist somit auch eine deutliche Korrelation unwahrscheinlich. An dieser Stelle müsste das Kategoriensystem dahingehen umgestaltet werden, dass auch Hinweise auf Externalisierung des Leidens ohne explizites verantwortlich Machen Dritter bereits geratet werden können. Die Kategorien müssten also weniger scharf formuliert werden. Der geringe Zusammenhang zwischen externalisierungsbezogener Selbstdarstellung und möglichem Rentenwunsch hat somit eventuell methodische Gründe. Ähnliches gilt an dieser Stelle für die vermeidungsorientierte Selbstdarstellung, welche ebenfalls insgesamt selten geraten wurde (siehe Kap. 4.3.1). Wie in Kapitel 4.3.1 beschrieben, umfasst die vermeidungsorientierte Selbstdarstellung

ähnlich wie die externalisierungsorientierte Selbstdarstellung nur wenige Unterkategorien - zwei bis drei -, was ebenso eine geringen Korrelation mit verursacht haben könnte.

Insgesamt ist die gerichtete Hypothese Teil zwei als bestätigt anzusehen - wenn auch nur bezüglich zwei der sieben Selbstdarstellungskategorien – der hilfeschendenden und vor allem der klagenden Selbstdarstellung. Eingeschränkt werden die Ergebnisse durch die reduzierte Stichprobe (Unterstichprobe Rentenangabe,  $n=49$ ) mit nur  $n=10$  Patienten, die einen Rentenwunsch explizit bejahten, sowie durch die hohe Streuung bei der Gruppe der Rentenwunschpatienten (Rentenwunsch „ja“) bezüglich der klagenden Selbstdarstellung.

### 5.3.3 EINZELFALLSTUDIE: Extremfallanalyse von Selbstdarstellung mit und ohne Rentenwunsch

*Charakterisierung der Extremfälle.* Wie in Kapitel 4.4.1.2 gezeigt und in Kapitel 5.3.2 diskutiert, klärte der Rentenwunsch (ja/nein) als einzelne Variable über zwanzig Prozent der Gesamtvarianz der II.klagenden Selbstdarstellung („Mach` deutlich, dass du es schwer hattest/hast“) im Aufnahmevideo auf. Die Korrelation beider Variablen von  $r_{pb}=.44$  war die höchste Korrelation in der gesamten Studie. Diesen interessanten Befund soll nun mithilfe eines Fallbeispiels zweier Extremfälle aus persönlichkeitspsychologischer, einzelfallorientierter Sicht näher beleuchtet werden: Zwei Patienten - einer mit und einer ohne Rentenwunsch – sollen verglichen werden. Gewählt wird die Methode der Komparation nach Stern (1911; zitiert nach Laux, 2003). Unter Komparationsforschung versteht Stern eine idiographische Untersuchungsmethode, die durch den „Vergleich der Merkmale verschiedener Personen in Bezug auf dieselben Merkmale“ (Stern, 1911; zitiert nach Laux, 2003, S.122) beschrieben ist. Die Wichtigkeit von Einzelfallanalysen für die psychologische Forschung zeigte Mayring (2002): Einzelfallanalysen haben nach Mayring (2002) einen entscheidenden Vorteil gegenüber z.B. der aktuell verbreiteten Forschungsmethode der Prüfung von Hypothesen über die Prüfung der statistischen Signifikanz in Versuchs-Kontrollgruppen-Designs mit großen Stichproben: Je weniger Versuchspersonen untersucht werden, desto genauer kann die Analyse sein. Gerade die Besonderheiten und Extreme des einzelnen Falls kommen in der Einzelfallanalyse zur Geltung. Mayring (2002) fasst den Grundgedanken der Einzelfallanalyse zusammen:

Die Einzelfallanalyse will sich während des gesamten Analyseprozesses den Rückgriff auf den Fall in seiner Ganzheit und Komplexität erhalten, umso zu genaueren und tief greifenden Ergebnissen zu gelangen (S. 42).

Wie sieht das - ausgehend von den korrelations- und regressionsanalytischen Ergebnissen dieser Studie - nun konkret in der Aufnahmesitzung auf der Ebene des Einzelfalls aus, wenn ein Patient mit Rentenwunsch „mehr klagt“ als ein Patient ohne Rentenwunsch? Wie unterschieden sich diese Patienten hinsichtlich ihrer - vor allem klagenden – Selbstdarstellung? Wie stellte sich der Patient ohne Rentenwunsch dem Therapeuten gegenüber stattdessen dar, wenn er kaum klagt? Die Autorin

dieser Studie wählte zwei Patienten aus, die von jeweils der gleichen Therapeutin in der Aufnahmesitzung interviewt und gefilmt sowie auch vom gleichen Beobachter geratet wurden, um eventuelle Einflüsse unterschiedlicher Therapeuten und Beobachter kontrollieren zu können. Beide Personen waren im gleichen Jahr geboren und Mitte 50 Jahre alt, männlichen Geschlechts und hatten die Hauptdiagnose depressive Episode (nach ICD-10, Sektion F3) bei vergleichbarem Depressivitäts-Wert im BDI-II und vergleichbarer beruflicher Tätigkeit. Tabelle 5-1 fasst die Charakteristiken der beiden Einzelfälle – Fall A (Rentenwunsch) und Fall B (kein Rentenwunsch) zusammen.

*Tabelle 5-1: Charakteristika der Patienten aus der Einzelfallanalyse*

|  | Fall A (Rentenwunsch)                | Fall B (kein Rentenwunsch)           |
|--|--------------------------------------|--------------------------------------|
| II.klagende Selbstdarstellung<br>(Summe der Selbstdarstellungseinheiten) | 20                                   | 3                                    |
| Alter (in Jahren)  | Mitte 50                             | Mitte 50                             |
| Aufnahmediagnose   | Depressive Diagnose,<br>schwergradig | Depressive Diagnose,<br>mittelgradig |
| Dauer der Aufnahmesitzung (in Minuten)                                   | 61                                   | 42                                   |
| BDI-II bei Aufnahme <sup>a</sup>   | 34                                   | 30                                   |
| Aufenthaltsdauer (in Tagen) <sup>b</sup>                                 | 36                                   | 41                                   |
| Erstmanifestation (in Jahren) <sup>b</sup>                               | 8                                    | 2                                    |
| GSI bei Aufnahme <sup>c</sup>  | 80                                   | 64                                   |
| BDI-II bei Entlassung <sup>d</sup>                                       | 35                                   | 6                                    |
| GSI bei Entlassung <sup>e</sup>  | 54                                   | 44                                   |
| Therapieerfolg 1 <sup>f</sup><br>(Verbesserung im BDI-II)                | -1                                   | +24                                  |
| Therapieerfolg 2 <sup>g</sup><br>(Verbesserung im GSI)                   | +26                                  | +20                                  |
| Therapieerfolg 3 <sup>h</sup><br>(Verbesserung im Therapeutenurteil)     | +2                                   | +2                                   |

<sup>a</sup> Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung bei Aufnahme <sup>b</sup> Erfasst über das klinikinterne Basisdokumentationssystem BADO durch die Bezugstherapeuten; <sup>c</sup> Wert für die Skala Generelle Symptomatik GSI im Brief Symptom Inventory (BSI), Patientenselbsteinschätzung bei Aufnahme; <sup>d</sup> Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung bei Entlassung; <sup>e</sup> Wert für die Skala Generelle Symptomatik GSI im Brief Symptom Inventory (BSI), Patientenselbsteinschätzung bei Entlassung; <sup>f</sup> Differenz im Beck-Depressions-Inventar Revision (BDI-II), Patientenselbsteinschätzung, Aufnahmewert minus Entlasswert; <sup>g</sup> Differenz im Gesamtscore GSI (Generelle Symptomatik) des Brief Symptom Inventory (BSI), Patientenselbsteinschätzung, Aufnahmewert minus Entlasswert; <sup>h</sup> Therapeuteinschätzung des Therapieerfolges auf 5-stufiger Skala, Schwere der Gesamtsymptomatik Aufnahmeeinschätzung minus Schwere der Gesamtsymptomatik Entlasseinschätzung

Bezüglich ihrer Persönlichkeitseigenschaften (Big Five) beschreibt sich der Patient mit Rentenwunsch als deutlich neurotischer (Patient A: Neurotizismus-Skalenwert 37; Patient B: Neurotizismus-Skalenwert 27) sowie als deutlich weniger offen für neue Erfahrungen (Patient A: Offenheits-Skalenwert 22; Patient B: Offenheits-Skalenwert 32) als der Patient ohne Rentenwunsch. Der Rentenwunsch-Patient gibt auch an, deutlich weniger gewissenhaft zu sein (Patient A: Gewissenhaftigkeits-Skalenwert 30; Patient B: Gewissenhaftigkeits-Skalenwert 42) als der Patient ohne Rentenwunsch. Bezüglich der Big-Five-Persönlichkeitseigenschaften Extraversion (Patient A und B: Extraversions-Skalenwert 31) und bezüglich der Dimension Verträglichkeit (Patient A: Verträglichkeits-Skalenwert 21, Patient B: Verträglichkeits-Skalenwert 19) schätzen sich beide Patienten ähnlich ein.

Betrachtet man die Selbsteinschätzung der beiden Patienten der Einzelfalluntersuchung bezüglich ihrer Therapiemotivation (FPTM), so zeigt sich, dass sich die Patienten hinsichtlich drei der sechs Skalen deutlich unterscheiden (Differenzen der Skalenmittelwerte  $\geq 1$  bei Patient A und Patient B): Der Patient mit Rentenwunsch gibt deutlich mehr Leidensdruck an (Patient A: Skalenmittelwert 3.9, Patient B: Skalenmittelwert 2.6) und er gibt an, deutlich mehr Wissen und Vorerfahrung bezüglich einer Psychotherapie zu haben (Patient A: Skalenmittelwert 2.8, Patient B: Skalenmittelwert 1.8). Symptombezogene Zuwendung durch Andere erfährt nach eigener Aussage jedoch der Patient ohne Rentenwunsch mehr (Patient A: Skalenmittelwert 1.8, Patient B: Skalenmittelwert 2.8). Bezüglich der Therapiemotivations-Dimensionen Hoffnung (Patient A: Skalenmittelwert 3.0, Patient B: Skalenmittelwert 3.3), Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit (Patient A: Skalenmittelwert 3.4, Patient B: Skalenmittelwert 2.7) und Initiative (Patient A: Skalenmittelwert 2.3, Patient B: Skalenmittelwert 1.5) schätzen sich beide Patienten ähnlich ein.

Wie unterscheiden sich der Patient mit und der Patient ohne Rentenwunsch abschließend betrachtet bezüglich der Sozialen Erwünschtheit (BIDR)? Die Selbstauskunft der Patienten bezüglich dieser Skalen ist ebenfalls spannend, schließlich bildet die Skala Fremdtäuschung `Impression Management` ab – Selbstdarstellung mit dem „Ziel, gegenüber dem Fragesteller oder einem Zielpublikum ein möglichst günstiges Bild abzugeben“ (Musch et al., 2002, S.121). Der Patient mit Rentenwunsch gibt bezüglich der Skala Impression Management bzw. Fremdtäuschung einen deutlich höheren Wert an als der Patient ohne Rentenwunsch (Patient A: Skalenwert 38, Patient B: Skalenwert 27). Bezüglich Selbsttäuschung, also der „Tendenz zu einem Antwortverhalten [...], das dem Schutz des Selbstbildes und des Selbstwertgefühls dient“ (Musch et al., 2002, S.121), schätzt sich der Rentenwunsch-Patient hingegen deutlich niedriger ein als der Patient ohne Rentenwunsch (Patient A: Skalenwert 27, Patient B: Skalenwert 39).

Alle Aussagen der beiden Einzelfallpatienten werden im Folgenden anonymisiert dargestellt.

*Selbstdarstellung Patient mit Rentenwunsch.* Wie stellte sich Patient A bezüglich der II. klagenden Selbstdarstellung dar? Laut Tabelle 5-2 „klagte“ Patient A – welcher einen Rentenwunsch angab – 20-mal im Aufnahmegespräch. Insgesamt wurde 13 Mal die Kategorie vier „Mache deutlich, dass du viel durchmachst/durchgemacht hast“ und sieben Mal die Kategorie sieben „Zeige dich resigniert über deine momentane Situation“ geratet. Tabelle 5-2 zeigt einige Selbstdarstellungseinheiten dieser klagenden Selbstdarstellung exemplarisch:

*Tabelle 5-2: Klagende Selbstdarstellung des Patienten mit Rentenwunsch*

| Unterkategorie klagende Selbstdarstellung                     | Klagende Selbstdarstellung Patient A (mit Rentenwunsch)<br>(Minute im Therapievideo)  |
|---|---|
| 4. Mache deutlich, dass du viel durchmachst/durchgemacht hast | <p>(7) [Auf die Aufforderung, zu beschreiben, was er aktuell beruflich mache] Habe ich alles selbst erledigt, ja, von morgens um fünf bis abends um acht. Und 2012 war alles vorbei. Das hätte ich nie gedacht [tiefes Seufzen], dass ich da mal hinkomme, dass ich sage, ich lass die anderen Mal machen. Ich hatte immer bei allem die Hand drauf. Aber jetzt geht's nicht mehr.</p> <p>(12) [Patient wirft spontan bei Symptomabfrage ein] Allerdings muss ich sagen, ich fühle mich seit gestern verdammt unwohl hier. Ich bin jetzt hier so abgeschnitten. Und ich weiß jetzt nicht, was jetzt fünf Wochen wieder auf mich zukommt. Und dann denkst du, was machst du wenn du dann wieder zu Hause bist. Hast natürlich hier wieder so ein Rückenmaleur, wo du dich nicht bewegen kannst. Also es kommt wieder alles zusammen, was nicht passt [Lippenpressen, vorwurfsvoller Blick an die Therapeutin].</p> <p>(13) Ich erzähl Ihnen jetzt wieder was, aber das erzähl ich ja auch schon hundert Mal anderen Leuten und anderen Therapeuten. Bis sich das wieder irgendwie zermürbt hat. Vor allem dann denkst du ja, du hast wieder was Wichtiges vergessen - Konzentration ist ja eh schlecht bei mir. Also ich krieg ja kaum noch was auf die Reihe.</p> <p>(40) [Patient erzählt spontan die folgende Episode, obwohl bereits der Therapieplan besprochen wird] Ja, da in der [anderen] Klinik, da hatte ich auch so eine Rückensache. Ja, wo ich manchmal das Gefühl hab, das soll so sein und...und das sind so...[nickt mehrmals] so die Sachen, die ziehen einen wieder runter.</p> <p>(49)[Therapeutin bietet Bewegungstherapie und Sport für das Therapieprogramm an] Ich hab ja auch Probleme, was durchgängig zu machen. Da bin ich mal einen Tag mit dem Kollegen [zur Arbeit] mitgefahren. Da hab ich gesagt „Ich bin müde, dreh um!“, ich konnt nicht mehr [Stimme wird laut, schaut Therapeutin fest an]!</p> <p>(50) [Auf die Frage der Therapeutin hin, ob sich der Patient für Kunsttherapie interessiert, er könne gerne teilnehmen] Berufsbedingt war das ja eigentlich so. Ich hab auch Bilder gemalt, wo ich echt gedacht hab, da warst du jetzt vier Stunden an so einem Bild gesessen [Gesprächspause], wo du früher zehn Minuten für gebraucht hast [fasst sich an die Wange].</p> <p>(56) [Auf die Frage der Therapeutin nach den Therapiezielen des Patienten] Ich hab auch früher ganze Lokale unterhalten. Aber das ist dann wie von Hundert auf null oder mehr wie Hundert auf null.</p> |

Tabelle 5-3: *Klagende Selbstdarstellung des Patienten mit Rentenwunsch - Fortsetzung*

| Unterkategorie<br>klagende Selbstdarstellung            | Klagende Selbstdarstellung Patient A (mit Rentenwunsch)<br>(Minute im Therapievideo)   |
|---|--|
| 7. Zeige dich resigniert über deine momentane Situation | <p>(14) „Also letztens an der Kirchweih, da war ich so an der Theke gestanden. Da hab ich mir gedacht, wenn du dich jetzt so sehen würdest, da würdest auch erst gar nicht hingehen [Lippen pressen, seufzen, Blick auf Boden].</p> <p>(20) [Patient äußert spontan während der Symptomabfrage] Ich sag mal, ich werd jetzt XX Jahre alt. Für die Arbeit ist das zu jung, im Privatbereich ist das zu alt. Ich sag mal ich find immer eine Antwort. Aber die ist halt nie befriedigend.</p> <p>(23) Also ich kann mir nicht vorstellen, dass ich von hier [Klinik] nach Hause komme, und dass alles in Ordnung ist. Aber es muss ja irgendwie mal [bläst Luft durch den Mund laut aus, macht Gesprächspause, zuckt mit den Schultern] - ich weiß es nicht. Es ist wie ein Luftballon, der platzt.</p> <p>(24) [Patient wechselt spontan das Thema] Ja und jetzt sitz ich hier [in der Therapiestunde] und dann geh ich gleich wieder rüber [auf Station] und dann sitz ich da und dann geh ich woanders hin und so geht das quasi den ganzen Tag, geht das 365 Tage im Jahr. Mit der Maßgabe „Auf was wartest du eigentlich?“. Mit der Maßgabe, dass ich gar nicht weiß, was kommen soll. Wie einer, der Lotto spielt. Ich weiß zwar, dass ich nichts gewinne, aber es bewegt sich nichts.</p> |

Insgesamt zeigte der Patient A mit Rentenwunsch innerhalb der Aufnahmesitzung einmal seine Stärken und Kompetenzen (I.kompetenzbezogene Selbstdarstellung), zweimal schaffte er eine gute Beziehung zum Therapeuten (III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung) und ganze zehn Mal forderte er Hilfe vom Therapeuten (V.hilfesuchende Selbstdarstellung). Einmal zeigte er Interesse und Bereitschaft, an der Lösung seiner Probleme zu arbeiten (VI. aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung). Er zeigte nie, dass sein Leiden stark fremdbeeinflusst ist (IV.externalisierungsorientierte Selbstdarstellung), schützte sich aber zweimal vor bedrohlichen Veränderungen (VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung).

Auffällig ist, dass er insbesondere in dem Teil des Aufnahmegesprächs, in welchem es eigentlich um die Besprechung des Therapieplanes und um die Therapieziele geht (etwa ab Minute 35), häufig spontan das Thema wechselte und klagte (siehe Selbstdarstellungseinheiten der Unterkategorie vier „Mache deutlich, dass Du viel durchmachst/durchgemacht hast“ in Minute 40, 49, 50, 56). So antwortete er in Minute 49, als die Therapeutin im Sport- und Bewegungstherapie anbot, mit einer Episode, welche seine Überlastung im Beruf anzeigt – dieser Problembereich wurde zu diesem Zeitpunkt aber gar nicht mehr abgefragt. Einige dieser klagenden Selbstdarstellungseinheiten konnten aufgrund ihrer mangelnden Anonymisierbarkeit hier leider nicht abgedruckt werden. Ebenfalls innerhalb Unterkategorie vier - beispielsweise in Minute 19 - wird deutlich, wie der Patient beim Klagen von Klagebereich A zu Klagebereich B zu Klagebereich C wechselte – im vorliegenden Beispiel kam er etwa von den zermürbenden Gesprächen mit den wechselnden The-

rapeuten zu seiner Konzentrationsstörung und „landete“ schließlich bei der vernichtenden Aussage, er würde in seinem Leben ja „gar nichts mehr auf die Reihe kriegen“. Diese quantitative Aneinanderreihung von Klagen kennzeichnete Unterkategorie vier und kam bei Patienten mit Rentenwunsch in der vorliegenden Studie sehr häufig vor. Außerdem fiel auf, dass der Patient, wenn er sich resigniert selbst darstellte (Unterkategorie sieben „Zeige dich resigniert über deine momentane Situation“), meist eine sehr drastische oder bildhafte Sprache verwendete, die die Schwere seines Leidens für das Gegenüber noch greifbarer und unmittelbarer machte (siehe z.B. Selbstdarstellungseinheiten in Minute 24 „Es ist wie ein Luftballon, der platzt!“ und in Minute 25 „Wie einer, der Lotto spielt. Ich weiß zwar, dass ich nichts gewinne, aber es bewegt sich nichts!“).

*Selbstdarstellung Patient ohne Rentenwunsch.* Wie stellte sich nun Patient B bezüglich der II, klagenden Selbstdarstellung dar? Laut Tabelle 5-4 „klagte“ Patient B – welcher keinen Rentenwunsch angab – nur 3-mal im Aufnahmegespräch. Tabelle 5-4 zeigte die klagende Selbstdarstellung des Patienten ohne Rentenwunsch.

*Tabelle 5-4: Klagende Selbstdarstellung des Patienten ohne Rentenwunsch*

| Unterkategorie klagende Selbstdarstellung                     | Klagende Selbstdarstellung Patient 2 (ohne Rentenwunsch)<br>(Minute im Therapievideo)   |
|---|---|
| 4. Mache deutlich, dass du viel durchmachst/durchgemacht hast | (22) [Therapeutin fragt nach dem Unternehmen des Patienten, Patient antwortet nicht auf die Frage, sondern benennt unaufgefordert einen weiteren stressreichen Lebensbereich] Ja, also ich unterrichte ja auch noch zusätzlich, immer montags [lange Gesprächspause, starkes Lippenpressen].  |
| 7. Zeige dich resigniert über deine momentane Situation       | (10) Die ganze Verantwortung, die wir da haben [im Unternehmen] [Gesprächspause, schweres Ausatmen bei gesenktem Blick, Schultern hängen] Das war früher bestimmt einfacher. Das fällt mir schon auch etwas schwerer muss ich sagen, in letzter Zeit [Lippenpressen].<br><br>(19) [Blick von Therapeutin abwendend] Da hab ich dann selber mal das Gefühl gehabt, ich will eigentlich gar nicht mehr, ich will eigentlich gar nicht mehr weitermachen. [ungläubiges Lächeln, Kopfschütteln mit gesenktem Kopf]. Wobei es bei mir sonst so was gar nicht gibt, sag ich mal.“ |

Insgesamt zeigte Patient B – der Patient ohne Rentenwunsch - keine I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung. Allerdings zeigte er fünfmal III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung mit dem Ziel, eine gute Beziehung zum Therapeuten zu schaffen. Er zeigte nur einmal, dass sein Leiden fremdbeeinflusst ist (IV.externalisierungsorientierte Selbstdarstellung), präsentierte keine V.hilfesuchende Selbstdarstellung sowie zweimal VI.aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung mit dem Ziel, Interesse und Bereitschaft zu zeigen, an der Lösung seiner Probleme zu arbeiten. Einmal schützte er sich vor bedrohlichen Veränderungen (VII.vermeidungsorientierte Selbstdarstellung).

Es fällt auf, dass Patient B eine weniger bildhafte Sprache verwendete als Patient A mit Rentenwunsch und dass die klagenden Selbstdarstellungseinheiten bei ihm deutlich kürzer waren. Patient B ohne Rentenwunsch klagte also nicht nur seltener, sondern - wenn er klagte – dann auch weniger lange, so war es im Aufnahmevideo zu beobachten.

*Interpretation der Einzelfallanalyse zweier Extremfälle.* Die beiden Patienten unterschieden sich quantitativ stark im Klagen - Patient A mit Rentenwunsch klagte 20-mal und Patient B ohne Rentenwunsch nur drei Mal. Außerdem unterschieden sich beide Patienten mit und ohne Rentenwunsch, wie eben gezeigt, auch qualitativ – der Patient ohne Rentenwunsch klagte weniger bildhaft sowie weniger ausführlich. Betrachtet man neben der II.klagenden Selbstdarstellung auch die anderen sechs Selbstdarstellungs-Oberpläne auf der Ebene der Einzelfälle, so fiel zudem Folgendes auf: Auch in der hilfesuchenden Selbstdarstellung unterschieden sich die beiden Patienten stark. Patient A zeigte zehn Mal hilfesuchende Selbstdarstellung, Patient B ohne Rentenwunsch stellte sich dagegen nie hilfesuchend dar. Für die Atmosphäre des Aufnahmegesprächs spielte, so der Eindruck nach der Analyse der Videoaufzeichnung, auch die Selbstdarstellung des Patienten B ohne Rentenwunsch im Unterplan acht „Sei lebhaft und locker“ (selbstdarstellungsbezogener Oberplan III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung) eine große Rolle: Dieser lockerte viermal das Gespräch auf – etwa mit einem Lächeln - versus Patient A mit Rentenwunsch, der dies nur zweimal tat. Auch wenn die Patienten A und B ihre noch verbliebenen Stärken und Kompetenzen ähnlich wenig spontan präsentierten, entstand so bei Patient B ohne Rentenwunsch doch eine deutlich freundlichere und weniger pessimistische Gesprächsatmosphäre. Der Therapieerfolg der beiden Patienten lässt sich schwer beurteilen. Betrachtet man den BDI-II (Grad der Depressivität) als Maß des Therapieerfolgs, so profitierte der Patient mit Rentenwunsch gar nicht von der Therapie – er verschlechtert sich sogar noch um einen BDI-II-Punkt. Wohingegen sich Patient B ohne Rentenwunsch im BDI-II um 24 Punkte verbesserte. Operationalisiert man den Therapieerfolg aber über die Differenz der Gesamtsymptombelastung im GSI-Score (Brief Symptom Inventory, BSI) oder über das Therapeutenurteil, so profitierten beide Patienten ähnlich von der Therapie.

Selbstverständlich darf man bei der Analyse der klagenden Selbstdarstellung beider Patienten nicht außer Acht lassen, dass Patient A mit Rentenwunsch durch sein um ein Drittel längeres Aufnahmegespräch zwanzig Minuten „mehr Zeit zum klagen“ hatte als Patient B ohne Rentenwunsch. Wenn man nun als Konsequenz aus den verschiedenen langen Aufnahmegesprächen die klagende Selbstdarstellung des Patienten A von 20 um ein Drittel auf 14 reduziert, bleibt aber das Klage-Verhältnis mit dann 14 zu 3 weiterhin deutlich verschoben in Richtung des Patienten mit Rentenwunsch. Spannend ist auch, dass sich der Rentenwunsch-Patient im Selbsturteil in der Sozialen Erwünschtheit höher bezüglich der Skala Fremdtäuschung einschätzte als der Patient ohne Rentenwunsch. Vielleicht konnte er sein therapeutisches Gegenüber tatsächlich besser bezüglich seiner eigenen Ziele beeinflussen.

### 5.3.4 Diskussion Hypothese 3: Der Stellenwert störungsbezogener Variablen (Fokus: Depressivität) für die Selbstdarstellung

Hypothese drei lautet im allgemeinen Teil „Es besteht ein Zusammenhang zwischen störungsbezogenen Variablen und der der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch“. Diese Hypothese wurde ebenfalls korrelations- und regressionsanalytisch durch die Daten der Gesamtstichprobe (N=80) mithilfe zahlreicher Störungsfragebogen-Daten im Patientenurteil beantwortet. Hierbei zeigten sich einige signifikante Zusammenhänge: Je länger die spätere Aufenthaltsdauer in der Klinik, umso mehr Hilfe vom Therapeuten wird ein Patient in den ersten Minuten des therapeutischen Kontakts fordern; wobei die Vorhersagekraft des Prädiktors Aufenthaltsdauer hier nur bei 5% lag. Es fällt auf, dass die 12 Beschwerdebereiche des Brief Symptom Inventory (BSI) – einem Standardfragebogen in der vollstationären psychotherapeutischen Versorgung, gemeinsam viel Varianz der verschiedenen Selbstdarstellungskategorien erklärten – zwischen 23% für die freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung und 13 % für die hilfeschuchende Selbstdarstellung. Insgesamt klärten *einzelne* BSI Unterskalen aber nur bis zu 8% Gesamtvarianz einer Selbstdarstellungskategorie auf – in diesem Falle zeigte ein Patient umso weniger Kompetenzen und Stärken, umso höher die Anzahl seiner Beschwerden war (Skala GSI im BSI) – mit besagten 8% Varianzaufklärung. Somatisierung und Ängstlichkeit wiederum klärten gemeinsam 12% der Varianz der vermeidenden Selbstdarstellungskategorie auf – der Kategorie, bei der Patienten versuchen, sich vor bedrohlichen Veränderungen zu schützen.

Der allgemeine Teil von Hypothese drei kann insofern als bestätigt angesehen werden, als dass bis auf die externalisierungsbezogene und die aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung bei allen Selbstdarstellungskategorien signifikante Zusammenhänge zu störungsbezogenen Variablen gefunden werden konnten und besonders der BSI als Gesamtfragebogen gute Varianzaufklärungen für die sieben Selbstdarstellungskategorien liefert. Jedoch war die Vorhersagekraft der *einzelnen* störungsbezogenen Variablen – insbesondere der einzelnen BSI Unterskalen wie etwa Entfremdungserleben oder soziale Unsicherheit - nie sehr hoch ausgeprägt.

Die Autorin dieser Studie formulierte ja noch eine zusätzliche, gerichtete Hypothese zur Depressivität als störungsbezogene Variable. Kann die Depressivität – nun operationalisiert über das in der Literatur (siehe Nübling et al., 2006) beliebte Maß BDI-II – nun die Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch vorhersagen und gibt es relevante Korrelationen zwischen dem Grad der Depressivität und der Selbstpräsentation der Patienten?

Die gerichtete Hypothese zu Hypothese drei lautet: „Je *depressiver* die Patienten, umso weniger *kompetenzorientiert*, umso *klagender*, umso *hilfesuchender* und umso weniger *aktiv-lösungsorientiert* stellen sie sich gegenüber ihrem Therapeuten im psychotherapeutischen Erstgespräch dar“. Dieser Zusammenhang bestand tatsächlich, allerdings nur zwischen erhöhter Depres-

sivität bei Aufnahme und erniedrigter Darstellung von Stärken und Kompetenzen im Aufnahmegespräch (Pearson-Korrelation  $r = -.27$ ,  $p < .005$ ): Je depressiver die Patienten also bei Aufnahme, umso weniger zeigten sie beispielsweise, dass sie Kompetenzen haben, das Leben zu meistern.

Die gerichtete Hypothese zu Hypothese drei kann also für eine von vier genannten Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch bestätigt werden; die Depressivität sagte 7% der Stärke- und Kompetenzdemonstration der Patienten vorher. Die Zusammenhänge und erklärten Varianzen zwischen Depressivität und Selbstdarstellung sind an dieser Stelle allerdings deutlich niedriger, als von der Autorin dieser Studie vermutet. Im Gesamtvorhersagemodell für die kompetenzbezogene Selbstdarstellung fiel die Depressivität als relevanter Prädiktor sogar heraus. Gründe, weshalb der klinische Eindruck und die hier dargestellten Ergebnisse bezüglich Depressivität und Selbstdarstellung auseinander gingen und das Ausmaß der Depressivität eines Patienten nicht stärker seine Selbstpräsentation in der ersten Therapiestunde beeinflusst, wurden diskutiert (siehe Kap. 4.4.1.4): Anscheinend rührt der klinische Eindruck, wie in Kapitel 4.3.4 bezüglich einer vermuteten hohen Korrelationen zwischen Depressivität und Selbstdarstellung im Aufnahmevideo erwähnt, eher daher, dass Therapeuten durch ihre problem- und symptomorientierten Fragen im Erstgespräch solche eher negative Äußerungen des Patienten auslösen - so dass sie am Ende des Erstgesprächs das Gefühl haben, die Patienten seien besonders klagsam. Diese Äußerungen des Patienten sind aber – wenn sie nicht deutlich sind und spontan von den Patienten gezeigt werden, sondern ausschließlich reaktiv auf die Nachfragen des Therapeuten sind und gleichzeitig als der gestellten Frage angemessen betrachtet werden – nicht als Selbstdarstellung zu werten (Details siehe Beobachtertraining, Kap. 3.2.2.4, sowie Kap. 2.1). Dies ist eine mögliche Erklärung dafür, weshalb der klinische Eindruck und die hier dargestellten Ergebnisse bezüglich Depressivität und der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch auseinander gehen. Dennoch bleibt es aus Sicht der Autorin dieser Studie verwunderlich, dass weniger depressive Patienten im Aufnahmegespräch fast gleich viel klagen wie stark depressive Patienten. Die weniger depressiven Patienten scheinen ihre aktuelle Lebenssituation als fast ebenso beklagenswert zu erleben wie die stark depressiven. Nicht depressive Patienten kamen in dieser Studie mit 80 stationären Patienten so gut wie nicht vor. Es liegt an dieser Stelle die Vermutung nahe, dass tendenziell depressive Symptome alleine ausreichen, um Patienten im Aufnahmegespräch vermehrt klagen zu lassen. Die Quantität der depressiven Beschwerden erscheint keinen entscheidenden Einfluss mehr zu haben, sondern vielmehr die Tatsache, überhaupt an depressiven Symptomen zu leiden (qualitativer Unterschied).

An dieser Stelle sollte noch darauf hingewiesen werden, dass das Ausfüllen eines Depressionsfragebogens ja bereits als Selbstdarstellung aufgefasst werden kann, egal ob ein Patient den depressiven Eindruck, den er erweckt, bewusst oder unbewusst verstärken oder abschwächen möchte. Letztendlich ist jedes Ausfüllen eines Fragebogens schließlich Selbstdarstellung und vermittelt Selbstbilder und Intentionen desjenigen, der den jeweiligen Fragebogen ausfüllt. Hier muss erneut auf das Zitat von Hill et al. (1986, siehe Kap. 2.2) verwiesen werden, welcher ausführte:

„We suggest that depressive Symptoms may be strategic self-presentations“ (S.218). Depressive Patienten, die beispielsweise dringend Hilfe vom Therapeuten möchten und ihm bewusst oder unbewusst zeigen möchten, wie hoch ihr aktueller Leidensdruck ist, könnten also gegebenenfalls insbesondere den innerhalb des klinischen Settings wichtigen Depressionsfragebogen BDI-II mehr in Richtung eines höheren Depressionsscores ausgefüllt haben, um dem Therapeuten die Schwere ihrer Lage darzustellen. Für diese Patienten wäre es dann im tatsächlichen Aufnahmegespräch nicht mehr so zentral, sich bewusst oder unbewusst z.B. klagend und hilfeschend im Erstkontakt mit ihrem Therapeuten darzustellen. Dies hätten Sie bereits durch das Ausfüllen der klinikweit verpflichtenden Störungsfragebögen getan. Das könnte eine ergänzende Erklärung sein, weshalb der Zusammenhang zwischen der Schwere der Depressivität und der im Aufnahmevideo identifizierten Selbstdarstellung zwar vorhanden, aber niedriger als aus therapeutischer Sicht vermutet war.

### 5.3.5 Diskussion Hypothese 4: Der Stellenwert persönlichkeitsbezogener Variablen für die Selbstdarstellung

Hypothese vier lautet „Es besteht ein Zusammenhang zwischen den *persönlichkeitsbezogenen Variablen* und der Selbstdarstellung der Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch [ungerichtete Hypothese]“. Diese Hypothese wurde wie die vorherige Hypothese korrelations- und regressionsanalytisch durch die Daten der Gesamtstichprobe (N=80) mithilfe klassisch persönlichkeitspsychologischer sowie aktueller selbstdarstellungsbezogener Fragebögen beantwortet.

Bei den Big-Five Persönlichkeitseigenschaften schien der Neurotizismus besonders wichtig in Bezug auf die Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch zu sein: Je neurotischer die Patienten einschätzten, umso weniger zeigten sie ihre Stärken und Kompetenzen im Video des Erstgesprächs (Pearson-Korrelation  $r = -.35$ ,  $p = .002$ ) und umso weniger zeigten sie Interesse und Bereitschaft, an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten. Neurotizismus als einzelne Persönlichkeitseigenschaft sagte auch 13% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung vorher. Insgesamt sagten die fünf großen Persönlichkeitsdimensionen zwischen 17 und 2 Prozent der verschiedenen Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmevideo vorher – eine eher überschaubare Prädiktionskraft. Es überrascht nicht, dass die Vorhersagekraft der Persönlichkeitseigenschaften auf das Aufnahmegespräch insgesamt geringer war als beispielsweise die der Störungsvariablen (siehe z.B. Ergebnisse der Einschluss-Regression des BSI, Kap. 4.4.1.4 und Kap.5.3.4) und die des externen Anreizes (siehe Einfluss des Rentenwunsches, Kap.4.4.1.2 und Kap.5.3.2). Schließlich wird die Persönlichkeit in klassischen Persönlichkeitsdimensionen auch als transsituativ stabil angesehen („Sprechen wir von der Persönlichkeit eines Menschen, so meinen wir damit die Gesamtheit seiner Eigenschaften, Stile und Verhaltensdispositionen, die ihn zeitlich relativ stabil und über verschiedene Situationen hinweg charakterisieren und von anderen Menschen unterscheiden“; siehe Hannover, Pöhlmann und Springer, 2004, S. 317) und nur Neurotizismus, als inhaltlich den störungsbezogenen Variablen nahes Kon-

zept, hatte eine als gut zu bezeichnende Prädiktionskraft. Wie die Autorin dieser Studie Persönlichkeit bzw. Persönlichkeitsvariablen erfasste – vorwiegend eher klassisch als 'Hintergrundvariablen' wie die Big Five Persönlichkeitsdimensionen und somit als eher grundsätzliche Verhaltensdispositionen nach der Definition von Hannover et al. (2004) – wundert es nicht, dass eher aktuelle Variablen wie die Störung, etwa die aktuelle Depressivität, oder Motivation und Anreiz, etwa der Rentenwunsch, einen größeren Einfluss auf die Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch als Persönlichkeitseigenschaften haben. Auch bei der selbstdarstellungsbezogenen Eigenschaft Perfektionismus (PSPS) spielte die bezüglich des Einflusses des Neurotizismus erwähnte kompetenzbezogene Selbstdarstellung eine Rolle: Je mehr die Patienten Imperfektion vermieden und verschwiegen, umso weniger zeigten sie auch im Erstgespräch ihre Kompetenzen. Das Verschweigen von Imperfektion sagte alleine 7% der kompetenzbezogenen Selbstdarstellung vorher. Bei weiteren Selbstdarstellungsfragebögen (ASÜ, PSÜ, SPD) korrelierte nur die Selbstdarstellungskompetenz mit der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch: Diejenigen Patienten, die im Aufnahmegespräch mehr ihre Stärken und Kompetenzen präsentierten, beschrieben sich auch als besser darin, in sozialen Situationen ihr Verhalten so anpassen zu können, dass sie sozialen Erfolg erzielen. Diese sogenannte Selbstdarstellungskompetenz sagte immerhin 7% der kompetenzbezogenen Selbstdarstellung vorher, die hier im Bereich der persönlichkeitsbezogenen Variablen erneut die am besten vorhersagbare Selbstdarstellungskategorie darstellte. Bezüglich der Status- und Trait- Angst und Depression (STADI) gab es zahlreiche Korrelationen zur Selbstdarstellung in der ersten Therapiesitzung. Erneut spielte hier aber die kompetenzbezogene Selbstdarstellung aufgrund vieler Korrelationen eine besondere Rolle: Patienten stellten sich umso weniger kompetenzbezogen dar, umso höher ihre Neigung (Trait) war, Angst zu haben, depressiv zu sein und insgesamt negative Affekte zu erleben. Die Neigung zu negativen Affekten erklärte hier immerhin 9% der kompetenzorientierten Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch. Darüber hinaus stand nicht nur der aktuelle Zustand, guter Stimmung vor dem Aufnahmegespräch zu sein, in positivem Zusammenhang mit dem spontanen Zeigen von Stärken und Kompetenzen des Patienten (State) und erklärte 10% Kriteriumsvarianz - sondern auch die grundsätzliche Neigung der Patienten, guter Stimmung zu sein und Freude zu erleben (Trait). Bezüglich der sozialen Erwünschtheit (BIDR) zeigte sich, dass je höher die Tendenz der Patienten zu einem Antwortverhalten, das dem Schutz ihres Selbstbildes und ihres Selbstwertgefühls dient, umso weniger forderten sie auch Hilfe vom Therapeuten. Zu diesem Zusammenhang konnten jedoch keine signifikanten Vorhersagemodelle auf die Selbstdarstellung im Erstgespräch entwickelt werden.

Insgesamt kann Hypothese vier, welche einen Zusammenhang zwischen persönlichkeitsbezogenen Variablen und der Selbstdarstellung im Erstgespräch postuliert, als eingeschränkt bestätigt angesehen werden. Es zeigten sich einerseits zahlreiche relevante korrelative und regressionsanalytische Zusammenhänge - insbesondere zwischen persönlichkeitsbezogenen Merkmalen und der kompetenzorientierten Selbstdarstellung im Erstgespräch. Andererseits waren diese Zusammen-

hänge insgesamt weniger stark ausgeprägt als die der anreiz- und motivationsbezogenen Variablen sowie der störungsbezogenen Variablen – mit Ausnahme der Persönlichkeitseigenschaft Neurotizismus.

Vor dem Hintergrund des Selbstdarstellungsthemas dieser Studie sollte noch hervorgehoben werden, dass zwischen der *beobachteten* Selbstdarstellung im Video und der vom Patienten in den Fragebögen *angegebenen* Einschätzung ihrer Selbstdarstellung (aquisitive, protektive, authentische, perfektionistische Selbstdarstellung sowie soziale Erwünschtheit) zu einem gewissen Maße durchaus Zusammenhänge im Sinne von Korrelationen bestanden. Beispielsweise beschrieben, wie oben geschildert, diejenigen Patienten, die im Aufnahmegespräch mehr ihre Stärken und Kompetenzen präsentierten, sich auch im Fragebogen als besser darin, in sozialen Situationen ihr Verhalten so anpassen zu können, dass sie sozialen Erfolg erzielen. Warum sind die Zusammenhänge nun nicht so hoch, wie vielleicht aufgrund dessen, dass das gleiche Konstrukt 'Selbstdarstellung' in der Fremdbeobachtung im Video und in der Selbsteinschätzung im Fragebogen erhoben wurde, zu vermuten ist? Neben den bereits erörterten Schwierigkeiten, überhaupt Korrelationen des gleichen Konstrukts zwischen unterschiedlichen Datenquellen (Verhaltensbeobachtungsdaten versus Fragebogendaten) zu finden, spielt hier sicher ein weiterer Grund eine wichtige Rolle: Wie in der Definition von Selbstdarstellung in Kapitel 2.1 benannt, kann Selbstdarstellung bewusst - aber auch unbewusst – erfolgen („conscious or unconscious“, siehe Schlenker 1980, S. 6). Vielleicht sind sich einige Patienten ihrer verwendeten Selbstdarstellungsstrategien auf Verhaltensebene einfach nicht bewusst, schließlich sieht man sich selbst selten in Videoaufzeichnungen und als neutraler Beobachter. Zugänglich bei der Beschreibung ihrer Selbstdarstellung auf der theoretischen Ebene im Fragebogen wäre diesen Patienten dann nur die subjektive Selbsteinschätzung bezüglich ihrer Selbstdarstellung. Bei der sozialen Erwünschtheit (BIDR) zeigte sich außerdem, wie oben beschrieben, dass je höher die Tendenz der Patienten zu einem Antwortverhalten, dass dem Schutz ihres Selbstbildes und Selbstwertgefühls dient, umso weniger forderten sie auch Hilfe vom Therapeuten. Nun sind beispielsweise die Items des hier verwendeten BIDR recht komplex und erfordern ein sehr hohes Maß an Selbstreflexion, welches vielleicht auch nicht jeder Patient erreichen kann.

### 5.3.6 Diskussion Hypothese 5: Was sagt den Therapieerfolg vorher – Selbstdarstellung, Depressivität oder Rentenwunsch?

Hypothese fünf lautet: „Die Selbstdarstellung des Patienten im psychotherapeutischen Erstgespräch sagt den Therapieerfolg vorher [ungerichtete Hypothese]“. Bei der Formulierung der Hypothesen stützte ich mich auf Literatur, welche den Zusammenhang zwischen Selbstdarstellung und Therapieerfolg betrachtet (siehe Arkin & Hermann, 2000; Hill, Gelso & Mohr, 2000; Kelly, 2000a). Deshalb sollte innerhalb dieses Kapitels auch zunächst geprüft werden, welchen Einfluss die Selbstdarstellung auf den Therapieerfolg hat (Beantwortung Hypothese fünf). Anschließend wurde

aber darüber hinaus noch geprüft, inwieweit die anreizbezogene Variable Rentenwunsch innerhalb der Unterstichprobe Rentenangabe den Therapieerfolg vorhersagen konnte – schließlich spielte die Variable Rentenwunsch, wie bereits ausführlich erläutert (siehe Beantwortung Hypothese 2, Kap. 5.3.2), schon eine wichtige Rolle bei der Vorhersage der patientischen Selbstdarstellung im Erstgespräch. Aus Sicht der Autorin dieser Studie ist es abschließend aber auch spannend, einen Blick auf die Datenlage zu werfen, inwieweit die Depressivität den Therapieerfolg vorhersagen kann - schließlich legt diese Studie ja auch einen Fokus auf die Betrachtung von Depressivität (siehe Untertitel dieser Dissertationsschrift).

Therapieerfolg wurde im Rahmen der vorliegenden Studie sowohl über die Symptomreduktion im BDI-II (Depressivität), über die Symptomreduktion in der Generellen Symptomatik (BSI) als auch über die Therapeuteinschätzung operationalisiert.

*Selbstdarstellung und Therapieerfolg - Hypothese fünf.* Die Frage, ob die Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch den Therapieerfolg vorhersagen kann, ist über alle drei Operationalisierungen von Therapieerfolg mit nein zu beantworten. Mit einer kleinen Ausnahme: Die vermeidungsorientierte Selbstdarstellung ermöglichte 8% Varianzaufklärung und die hilfeschuchende Selbstdarstellung 5% Varianzaufklärung des Therapieerfolgs, operationalisiert über die Therapeuteinschätzung.

Insgesamt ist Hypothese fünf also als nicht bestätigt zu betrachten. Die Art und Weise, wie sich die Patienten gegenüber ihrem Psychotherapeuten in den ersten Minuten der Therapie spontan präsentierten, ließ so gut wie keine Rückschlüsse auf den späteren Erfolg der Behandlung zu.

*Rentenwunsch und Therapieerfolg.* Orientiert an Nickel et al. (2006), welcher bei depressiven Patientinnen mit Rentenwunsch in der berufsbezogenen stationären Rehabilitation weniger Symptombesserung im Entlass-BDI-II-Wert feststellte, wurde nun auch in der vorliegenden Studie erörtert, inwieweit ein von Patienten geäußelter Rentenwunsch den Therapieerfolg beeinflusst. Schließlich hatte der Rentenwunsch ja bereits einmal einen zentralen Einfluss im Rahmen dieser Studie – und zwar auf die klagende Selbstdarstellung der Patienten in der ersten Therapiestunde.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigten: Der Rentenwunsch (ja/nein) der Patienten konnte den Erfolg in der Psychotherapie nicht signifikant vorhersagen, egal wie dieser operationalisiert wurde. Hier zeichneten die Ergebnisse der Regressionsanalyse ein anders Bild als bei Nickel et al. (2006), die bei „Rentenpatientinnen“ geringere Therapieerfolge fanden - operationalisiert über die Reduktion der Depressivität im Beck Depressions-Inventar. Die Patienten in der vorliegenden Studie profitierten oder profitierten eben nicht von der Therapie, egal, ob sie den Wunsch hatten, sich über eine Pensionierung oder Berentung vom Erwerbsleben zurückziehen zu wollen. Es stellt sich an dieser Stelle die Frage, weshalb ein eventueller Rentenwunsch (ja/nein) zwar die (klagende) Selbstdarstellung recht gut vorhersagt, aber nicht den Therapieerfolg. Schließlich fanden Nickel et al. (2006) bei den Patientinnen, die bereits einen Rentenantrag gestellt hatten (n=13), deutlich niedri-

gere Behandlungserfolge, operationalisiert über die Reduktion im Becks Depressions-Inventar. Und hier könnte auch bereits der entscheidende Unterschied liegen: Nickel definierte als Gruppe der `Rentenwunschnachpatientinnen` ausschließlich Patientinnen, welche auch tatsächlich bereits einen Rentenanspruch gestellt hatten, sich also bezüglich ihres Rentenwunsches sehr sicher waren. In der vorliegenden Studie genügte es, um zur Gruppe der Rentenwunsch-Patienten zu gehören, wenn sich der jeweilige Patient „mit dem Gedanken trägt, einen Rentenwunsch zu stellen“, er musste noch nicht zwangsläufig tatsächlich einen Rentenanspruch gestellt haben. In der Tat hatten bei einer erneuten Durchsicht der Unterlagen auch nur die wenigsten Patienten dieser Studie bereits einen Rentenanspruch gestellt. Vielleicht waren sich die Patienten in der Studie von Nickel et al. (2006) ihres Rentenwunsches bewusster und daher durch den schon gestellten Rentenanspruch stärker dazu motiviert, keine zu große Verbesserung durch die stationäre Therapie zuzulassen, um ihre Chancen auf eine Annahme des Rentenanspruchs mit Versetzung in den vorzeitigen Ruhestand aus Gesundheitsgründen zu maximieren. Die Patienten der hier vorliegenden Studie, die sich mit einem Rentenwunsch trugen, klagten zwar viel im Aufnahmegespräch und zeigten durch ihre Klagen ihren Leidensdruck an, welcher den Rentenwunsch begründete, hatten aber vielleicht noch keine konkreten Pläne und Maßnahmen im Kopf, was es bedarf, um einen Rentenwunsch wirklich umzusetzen. Sie waren vielleicht noch nicht informiert darüber, welchen Stellenwert ein Arztbrief und der darin beschriebene Therapieerfolg aus einem mehrwöchigen vollstationären Therapieaufenthalt für das Genehmigen einer Rente aus Gesundheitsgründen hat. Eine alternative Erklärung für den Sachverhalt, dass die Patienten mit Rentenwunsch in der vorliegenden Studie gleich gut von der Therapie profitierten wie die Patienten ohne Rentenwunsch, könnte in der Qualität der stationären psychotherapeutischen Behandlung in der Fachklinik, in der die vorliegenden Daten erhoben wurden, liegen.

*Depressivität und Therapieerfolg.* Die Depressivität zum Aufnahmezeitpunkt (BDI-II Aufnahme) scheint hingegen – mit statistischen Einschränkungen – 36 % des Therapieoutcome (Differenz BDI-II Aufnahme und Entlassung) vorherzusagen – je depressiver die Patienten bei Aufnahme, umso mehr Depressivität konnten sie reduzieren. Dieses Ergebnis entsprach den Erwartungen der Autorin dieser Studie aus der klinischen Praxis. Wird der Therapieoutcome über das Maß für Generelle Symptomatik (GSI aus BSI) – also über die Reduktion der Symptomatik in den verschiedensten möglichen Störungsbereichen operationalisiert, so sagte die Depressivität immerhin noch 5% des Therapieerfolgs vorher.

#### **5.4 Zusammenfassende, kritische Betrachtung der Konzeption dieser Studie**

Bevor ein Gesamtfazit der Ergebnisse dieser Studie gezogen wird (siehe Kap. 6), soll an dieser Stelle noch eine kritische Betrachtung der Gesamtkonzeption dieser Studie angebracht werden: Vor,

während und nach der Durchführung dieser Studie fielen der Autorin einige relevante Punkte auf, die im Folgenden zu diskutieren sind: Vier Punkte, die die Konzeption der Selbstdarstellungsstudie im Allgemeinen betreffen und problematisch erscheinen sowie vier Punkte, welche die Konzeption der Studie bezüglich der Variable und der Unterstichprobe Rentenangabe kritisch betrachten.

*Zu den vier kritischen Punkten der Konzeption dieser Selbstdarstellungsstudie allgemein:* Erstens die geringe Beachtung von Interaktionsprozessen, zweitens die geringe Beachtung von Einflüssen des Therapiestils und der Persönlichkeit der unterschiedlichen Therapeuten, drittens die kritische Frage der Kausalität bezüglich einiger Studienvariablen sowie viertens die unterschiedliche Länge der Aufnahmevideos.

Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurde auf die Selbstdarstellung der Patienten fokussiert, *Interaktionsprozesse* mit dem Therapeuten wurden dabei wenig bis nicht beachtet. Durch die Vorgaben dieser Studie wurde zwar versucht, die spontane Selbstdarstellung des Patienten zu fördern und den Einfluss des Therapeuten einzugrenzen – etwa, indem der Therapeut möglichst offene Fragen stellte und dem Patienten Gesprächspausen lies, um spontane Äußerungen und Ergänzungen von Patientenseite zu ermöglichen (siehe Kap. 3.2.2.4). Dennoch ist Selbstdarstellung - wie jede Form der menschlichen Kommunikation - eine *Interaktion*. Die Rolle, welche Interaktionsprozesse und hier insbesondere auch die Selbstdarstellung der Therapeuten und deren Einfluss auf das weitere Verhalten des Patienten spielte, wurde bei der Konzeption dieser Studie stellenweise vernachlässigt. Dies hatte eher pragmatische Gründe: Die zeitlichen, finanziellen und mitarbeiterbezogenen Ressourcen der Studienleitung machten eine Konzentration auf Wesentliches nötig und ermöglichten nur die detaillierte Analyse der patientischen Selbstdarstellung. Doch bereits Mummeney (1995) nannte beispielsweise in seiner theoretischen Einteilung „Expertentum signalisieren“ als relevante Selbstdarstellungsstrategie – diese Selbstdarstellungsstrategie kam sicher auch auf der therapeutischen Seite in den Aufnahmegesprächen dieser Studie vor. Und schon Goffmann (1959, zitiert nach Laux, 2003), einer der Pioniere der Selbstdarstellungsforschung, charakterisierte Selbstdarstellung als Kreisprozess: „Wenn wir uns selbst darstellen, versuchen wir, den Eindruck zu steuern, den wir auf andere ausüben, und - als Folge davon – wie sie uns behandeln.“ (S.230). Hautzinger und Heckel-Guhrenz (1991) analysierten sogar explizit die Reaktion von Zuhörern auf depressive Selbstdarstellung - wenn auch nicht die Reaktion der Therapeuten dieser Patienten, wie in Kapitel 2.1 erwähnt, und fanden soziale Ablehnung auf der Zuhörerseite aufgrund relevanter Sprachparameter in der depressiven Selbstdarstellung im Vergleich zur nicht-depressiven Selbstdarstellung. Die Forschergruppe um A. Schütz und G. Schiepek (siehe Kowalik et al., 1997; Schiepek et al., 1997; Schütz et al., 1997; Strunk, 2004; Strunk & Schiepek, 2002) untersuchte sogar explizit sowohl die patientische als auch die therapeutische Selbstdarstellung und deren Interaktion in der tatsächlichen Therapiesituation. Strunk und Schiepek (2002) zeigten die Interaktionsprozesse zwischen Patient und Therapeut in ihrer Arbeit beispielsweise sehr anschaulich in so genannten „Plan-

partituren“ (S.132), die die verschiedenen selbstdarstellungsrelevanten Oberpläne und deren Abfolge gleichzeitig beim jeweiligen Patienten und Therapeuten darstellten. Idealerweise hätte in dieser Studie folglich auch die Interaktion der Selbstdarstellung der Patienten untersucht werden müssen. Insgesamt stellte aber bereits die Unterscheidung, wann ein Patientenverhalten als Selbstdarstellungseinheit geratet werden sollte und wann nicht die Rater sowie die Studienleitung bei der Entwicklung des Beobachtertrainings vor eine große Herausforderung. Hätte man gleichzeitig noch das Therapeutenverhalten einschätzen müssen, wäre das Rating noch schwieriger durchzuführen gewesen. In der vorliegenden Studie mit einer beachtlichen Stichprobengröße von 80 Patienten mit 80 Stunden Videomaterial hätte eine zusätzliche stärkere Beachtung von Interaktionsprozessen zwischen Patient und Therapeut die zeitlichen Ressourcen des Projekts überfordert - Hätte man beispielsweise wie die Forschergruppe um A. Schütz und G. Schiepek (siehe Kowalik et al., 1997; Schiepek et al., 1997; Schütz et al., 1997; Strunk, 2004; Strunk & Schiepek, 2002) Planpartituren für Therapeuten und Patienten erstellt, wäre eine kaum zu bewältigende Datenmenge entstanden. Zudem entschied sich die Autorin dieser Studie explizit dafür, den Fokus der Untersuchung darauf zu legen, wie sich *Patienten* in der ersten Therapiestunde präsentieren, nicht die Therapeuten.

Bei der Auswahl der Therapeuten dieser Studie wurde darauf geachtet, dass alle Therapeuten weiblich, etwa im gleichen Alter sowie etwa gleich erfahren waren, um Einflüsse dieser Variablen zu reduzieren. Natürlich half auch die Natur des Aufnahmegesprächs dabei, die *Einflüsse des Therapiestils und der Persönlichkeit der unterschiedlichen Therapeuten* zu reduzieren. Denn im Aufnahmegespräch müssen – angepasst an die Anforderungen des psychotherapeutischen Aufnahmebefundes – jeweils strukturiert dieselben Themenbereiche abgefragt werden. Dennoch haben unterschiedliche Therapeutinnen – selbst wenn sie vergleichbar bezüglich der oben genannten Parameter sind und ähnlich strukturiert in ihrem Fragestil vorgehen - einen unterschiedlichen Therapiestil und eine unterschiedliche Persönlichkeit. So zeigten sich in den Videos etwa durchaus Unterschiede darin, wie lange die Therapeutinnen warteten, bis sie ausufernde oder nicht zur aktuellen Frage passende Antworten der Patienten unterbrachen. Dies alles hatte vermutlich einen Einfluss auf die patientische Selbstpräsentation: Durch langes Ausreden lassen etwa könnten Patienten ermuntert werden, im weiteren Gesprächsverlauf auch spontan weiterhin mehr Beispiele zu bringen, welche im späteren Verlauf dann als Selbstdarstellungseinheiten gewertet werden. Wirtz & Caspar (2002) benennen dieses Problem in ihrem Standardwerk zur Beurteilerübereinstimmung im Rahmen eines Fallbeispiels zum Videorating von Aufnahmesitzungen verschiedener Therapeuten:

Es ist beispielsweise nahe liegend, dass jeder Therapeut einen unterschiedlichen Interviewstil besitzt und somit natürlich das Klientenverhalten und die vom Klienten gegebenen Informationen systematisch mit beeinflusst. (S.219).

Die Autoren schlagen vor, dieses Problem mit strukturierten Interviews zu lösen, in welchen dem Behandler genaue Fragen und dem Patienten feste Antwortmöglichkeiten zur Auswahl vorgegeben werden. Diese Lösung kam für die vorliegende Studie jedoch nicht in Frage. Durch etwa ein stan-

standardisiertes Störungsinterview wie beispielsweise die strukturierten klinischen Interviews SKID-I und SKID-II nach DSM-IV würde die psychotherapeutische Aufnahmesitzung stark verändert. Die ökologische Validität der Studie wäre stark verringert und die Stärke dieser Studie, eben die patientische Selbstdarstellung in *realen* Aufnahmegesprächen zu filmen und hieraus relevante Ergebnisse für die Praxis ableiten zu können, würde wegfallen. Es ist aus Sicht der Autorin dieser Arbeit aber unverzichtbar, dass in der klinisch-persönlichkeitspsychologischen Forschung auch Berufspraktiker forschen, die einen optimalen Zugang zu nicht simulierten Situationen und „echten Patienten in echten therapeutischen Interaktionen“ haben. Zudem wurden eventuelle Unterschiede durch den Interviewstil der Therapeuten durch die Mittelwertsbildung der Ratings über die 80 Videos ausgleichen.

Drittens stellt sich insbesondere bei Hypothese fünf – bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Selbstdarstellung und Therapieerfolg – die Frage der *Kausalität*. Die Hypothese lautet „Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch sagt den Therapieerfolg vorher“ - auch hier kann, analog zu den Ausführungen unten, nur von erklärter Varianz sowie von Vorhersage im statistischen Sinne gesprochen werden. Eine hohe erklärte Varianz heißt nicht, dass Variable X - hier wie sich die Patienten in der ersten Therapiesitzung präsentieren - Variable Y – hier den Therapieerfolg – kausal vorhersagt. Solch ein Ergebnis besagt laut Bortz (2005) „lediglich, dass ein statistisch signifikanter Varianzanteil der abhängigen Variable durch die unabhängige Variable `gebunden` wird“ (S.248). Unklar ist beispielsweise, ob vielleicht unbekannte aber hochrelevante Moderatorvariablen zwischen X und Y stehen. Außerdem wirkt eine Vielzahl von Variablen auf den Therapieerfolg ein, die eventuell viel höher korrelieren als die innerhalb dieser Studie untersuchten Variablen Selbstdarstellung, Rentenwunsch und Depressivität.

Ein vierter kritischer Punkt bezüglich der Konzeption dieser Studie ist die unterschiedliche *Länge der Aufnahmevideos* ( $M=60.5$ ,  $SD=15.1$ ) mit einer hohen Streuung. Die Studienleitung entschied sich jedoch bewusst dafür, jeweils die absolute Anzahl an Selbstdarstellungseinheiten pro Video darzustellen und auszuwerten. Auf die Berechnung der relativen Selbstdarstellungseinheiten pro Video – standardisiert an der durchschnittlichen Videolänge – wurde bewusst verzichtet. Der Grund hierfür: Die Studienleitung geht davon aus, dass die Selbstdarstellung und Eigenart der Patienten bewusst die Länge der Aufnahmegespräche beeinflusst. Manche Patienten brauchten aufgrund ihrer Art zu kommunizieren und sich zu präsentieren eben länger oder kürzer, um die obligatorischen Teile des Aufnahmegesprächs mit ihrem Therapeuten durchzugehen. Da dies ein Teil ihrer Selbstdarstellung ist sollte die Videolänge auch Einfluss auf die Auswertung haben dürfen.

*Zu den vier kritischen Punkten der Konzeption der Studie bezüglich der Variable und der Unterstichprobe Rentenangabe:* Erstens die geringe Rücklaufquote zum externen Anreiz, zweitens Schwierigkeiten mit der zeitlichen Reihenfolge der Variablenhebung, drittens die Schwierigkeiten, dass die vorliegenden Daten nicht vollständig durch eine neutrale Person ausgewertet werden konnten sowie viertens kritische Punkte bezüglich der Auswahl der Patienten für die Einzelfallanalyse.

Zuerst ist die eher *geringe Rücklaufquote* der Fragebögen zum externen Anreiz und deren Konsequenz für die Studie zu diskutieren. Nur 49 von 80 Patienten äußerten sich am Ende der Behandlung freiwillig zu Rentenwunsch (ja/nein) und subjektiver Erwerbsprognose. Dies hatte verschiedene Gründe – etwa Ängste auf Seiten der Patienten, die Angaben würden doch von Dritten gelesen und seien nicht anonym nur für diese Studie - oder die Tatsache, dass dieser Fragebogen als einziger getrennt von der Fragebogenbatterie und am Ende der Therapie ausgefüllt werden musste und daher ein erfolgreicher Rücklauf schwerer zu sichern war. Durch die reduzierte Stichprobe von 49 Patienten können weniger starke Aussagen zum Einfluss eines Rentenwunsches (ja/nein) auf die Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch gemacht werden als zu den übrigen Variablen. Zudem verhinderte der geringe Rücklauf im Fragebogen zum Rentenwunsch und zur subjektiven Erwerbsprognose, dass alle Variablen in das Gesamtvorhersagemodell (stufenweise Regressionsanalysen) für die Selbstdarstellungskategorien (siehe Kap. 4.4.2) einbezogen werden konnten. Dies erschwerte die abschließende Beantwortung der Frage, was nun tatsächlich die Selbstdarstellung der Patienten in den ersten Therapieminuten beeinflusst (siehe Kap. 6) - soziodemographische Merkmale, therapie-motivations- und anreizbezogene Merkmale, störungsbezogene oder persönlichkeitsbezogene Merkmale.

Zweitens ist die *zeitliche Reihenfolge*, der Erhebung der Variablen Rentenwunsch (ja/nein) und Selbstdarstellung schwierig. Ein möglicher Rentenwunsch der Patienten wurde schließlich in der letzten Behandlungswoche am Ende der Psychotherapie abgefragt, das Aufnahmegespräch fand aber zu Beginn des vollstationären Aufenthalts statt. Dennoch wurde in dieser Studie ein regressionsanalytisches Vorhersagemodell entwickelt, in welchem der Rentenwunsch (ja/nein) am Ende der Therapie der Prädiktor der Selbstdarstellung im Erstgespräch am Anfang der Therapie war. Aus statistischer Sicht erscheint dies weniger problematisch als aus inhaltlicher Sicht, schließlich geht es im regressionsanalytischen Modell, wie oben erwähnt, um den Anteil an Varianz eines Kriteriums, z.B. hier der Selbstdarstellung, welche durch eine zweite Variable, hier den Rentenwunsch, gebunden werden kann. Inhaltlich sind die Rückschlüsse jedoch bezüglich der zeitlichen Reihenfolge problematischer. So kann eine Messung, die nach Zeitpunkt X liegt, hier der Erfassung des Rentenwunsches, kaum eine Messung vor diesem Zeitpunkt X, hier dem Erstgespräch, vorhersagen. Da die Autorin dieser Studie bei der Konzeption der Studie jedoch davon ausging, dass es nicht sinnvoll ist, den Rentenwunsch bei Patienten schon am Aufnahmetag zu messen, da sich diese entweder ihres eventuellen Rentenwunsches noch nicht sicher oder bewusst sind oder aber der Studienleitung und der Klinik noch nicht ausreichend vertrauen, um solche brisanten Informationen direkt am Anreisetag anzugeben, gab es aus Sicht der Autorin dieser Studie für den Erhebungszeitpunkt der externen Anreizvariablen keine bessere Alternative zum gewählten Vorgehen. Um diesen Kritikpunkt abzumildern soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass davon ausgegangen werden kann, dass ein großer Teil der Patienten, welche am Ende der Behandlung einen Rentenwunsch angeben, diesen auch bereits schon zu Therapiebeginn hatten – wenn vielleicht dann auch noch weniger deutlich.

Der Rentenwunsch (ja/nein) ist vermutlich eine zeitlich während der Therapie eher stabile Variable. Aus methodischer Sicht ist alternativ an dieser Stelle statt der Regressionsanalyse eine einfaktorielle Varianzanalyse für die Gruppen Patienten mit und Patienten ohne Rentenwunsch sinnvoll. Die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse wurden daher im entsprechenden Kapitel zusätzlich angegeben (siehe Kap. 4.4.1.2). Um den Gruppenunterschied zwischen den Rentenwunsch-Patienten und den Patienten ohne Rentenwunsch bezüglich der (klagenden und hilfeschuchenden) Selbstdarstellung beurteilen zu können, wurde an dieser Stelle zudem ein t-Test für unabhängige Stichproben mit Analyse der Effektstärke durchgeführt (siehe Kap. 4.3.3.1): Die Ergebnisse des t-Tests für unabhängige Stichproben entsprechen den Ergebnissen einer einfaktoriellen Varianzanalyse (siehe Kap. 3.4.2.3).

Drittens könnte es trotz aller objektiven Beurteilungskriterien zu Verzerrungen der Daten in der Unterstichprobe Rentenangabe gekommen sein, weil eine der Therapeutinnen auch Studienleiterin und Raterin der Videos war. Zwar wusste die Autorin dieser Studie nicht, welche Patienten am Ende der Behandlung im Studienfragebogen selbst einen Rentenwunsch angaben – die Dateneingabe der Fragebögen erfolgte durch Forschungsassistenten in der Klinik anonym und unter Schweigepflicht – dennoch ist es möglich, dass eventuell Verstimmungen bezüglich Patienten mit einem Rentenwunsch aus ihrer therapeutischen Sicht zu weniger konservativen Ratings führten, etwa in den Kategorien klagende und externalisierungsorientierte Selbstdarstellung. *Die Daten konnten also nicht vollständig objektiv durch eine neutrale Person ausgewertet werden.* Da es nicht einfach ist, Therapeuten in der alltäglichen Praxis zu einer Teilnahme an einer Videostudie zu motivieren, konnte auf die Aufnahmevideos der Studienleitung aber dennoch nicht verzichtet werden.

Viertens ist bei der Betrachtung der *Einzelfallanalyse* zu bedenken, dass auch wenn beide Patienten einen ähnlichen BDI-II Wert angaben, sie sich doch in der Gesamtsymptombelastung (Subskala GSI, Brief Symptom Inventory BSI) auf durchaus unterschiedlichen Niveaus befanden: Der Patient mit Rentenwunsch zeigt sich deutlich stärker belastet als der Patient ohne Rentenwunsch. Im vorliegenden Einzelfall könnte diese *höhere Gesamtsymptombelastung* des Patienten mit Rentenwunsch ein ebenso wichtiger Erklärungsfaktor für seine Selbstdarstellung sein, wie die Frage nach externen Therapieanreizen. Gleiches gilt auch für die unterschiedliche Länge des Aufnahmevideos, dass dem Patienten ohne Rentenwunsch ein Drittel „weniger Zeit zum klagenden“ ließ als dem Rentenwunsch-Patienten. Der längeren Dauer des Aufnahmegesprächs beim Patienten mit Rentenwunsch wurde jedoch durch eine anteilige Reduzierung der klagenden Selbstdarstellungseinheiten in Kapitel 5.3.3 Rechnung getragen.

## 6 FAZIT UND AUSBLICK

In einem Fazit der Studie mit Ausblick sollen abschließend folgende vier Fragen zusammenfassend beantwortet werden: Erstens – Wie stellen sich nun Psychotherapiepatienten eigentlich im Aufnahmegespräch spontan dar? Zweitens - Was beeinflusst das Aufnahmegespräch nun maßgeblich und wie sind diese Ergebnisse zu bewerten? Drittens - Was beeinflusst nun wirklich den Therapieerfolg? Sowie Viertens – Wie verhält sich die Selbstdarstellung zur Manipulation?

Hier noch einmal eine kurze Zusammenfassung der ersten Frage: *Wie stellen sich nun Psychotherapiepatienten eigentlich im Aufnahmegespräch spontan dar?* Insgesamt stellten sich die 80 Psychotherapiepatienten dieser Studie folgendermaßen in den ersten Minuten der Therapie dar: Sie wollten im Durchschnitt am häufigsten ein guter Klient sein, eine gute Beziehung zum Therapeuten schaffen und zeigten Interesse und Bereitschaft, an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten. Diese Ergebnisse, welche eine dem Therapeuten gegenüber am häufigsten freundliche, aktiv-lösungsorientierte Selbstdarstellung zeigten, überraschten. Noch als häufig zu bezeichnen machten die Patienten aber auch deutlich, dass sie es schwer haben oder hatten und forderten Hilfe vom Therapeuten. Sie demonstrierten sehr selten Stärke und Kompetenz, zeigten sehr selten, dass ihr Leiden fremdbeeinflusst ist und schützten sich ebenso selten vor bedrohlichen Veränderungen.

Die zweite Frage - *Was beeinflusst das Aufnahmegespräch nun maßgeblich und wie sind diese Ergebnisse zu bewerten?* – ist ausgehend von der Datenlage dieser Studie gar nicht so einfach zu beantworten. Gehen wir daher zurück zur Ausgangsfrage dieser Studie: Was ist es denn nun tatsächlich, was die Selbstdarstellung der Patienten in den ersten Minuten der Therapie vorhersagt?

Betrachtet man zunächst die Ergebnisse der Vorwärts-Regressionsanalysen noch einmal zusammenfassend (siehe Abb.6-1 bis Abb.6-7, Ergebnisse im Überblick siehe Tab.4-28), so geben diese Aufschluss darüber, welche Variablen bzw. Fragebogenskalen signifikant eine bestimmte der sieben Selbstdarstellungskategorien vorhersagten, unabhängig davon, ob die Vorhersage durch beispielsweise eine persönlichkeitsbezogene Variable die Vorhersagekraft einer anderen, etwa einer störungsbezogenen Variable, vernachlässigbar machte (zur Methode Vorwärts-Regressionsanalyse siehe Kap. 3.4.2.4).

Abbildung 6-1 fasst nun die Ergebnisse der Vorwärts-Regressionsanalyse aller Variablenbereiche auf die kompetenzorientierte Selbstdarstellung grafisch zusammen. Die Grafik zeigt, dass alle Variablenbereiche - Persönlichkeit, Störung und Therapiemotivation - signifikant Varianzanteile zwischen 6.8% (Persönlichkeit: Verschweigen von Imperfektion) und 12.9% (Persönlichkeit: Neurotizismus) vorhersagten. Nur soziodemographische Variablen und Anreizvariablen sagten die kompetenzorientierte Selbstdarstellung nicht signifikant vorher. Verglichen mit den folgenden Abbildungen der sechs weiteren Selbstdarstellungskategorien fällt auf, dass bezüglich der kompetenz-

orientierten Selbstdarstellung die meisten Vorhersagen durch themapromotivationsbezogene, persönlichkeitsbezogene und störungsbezogene Variablen aus Fragebogendaten in dieser Studie möglich waren.

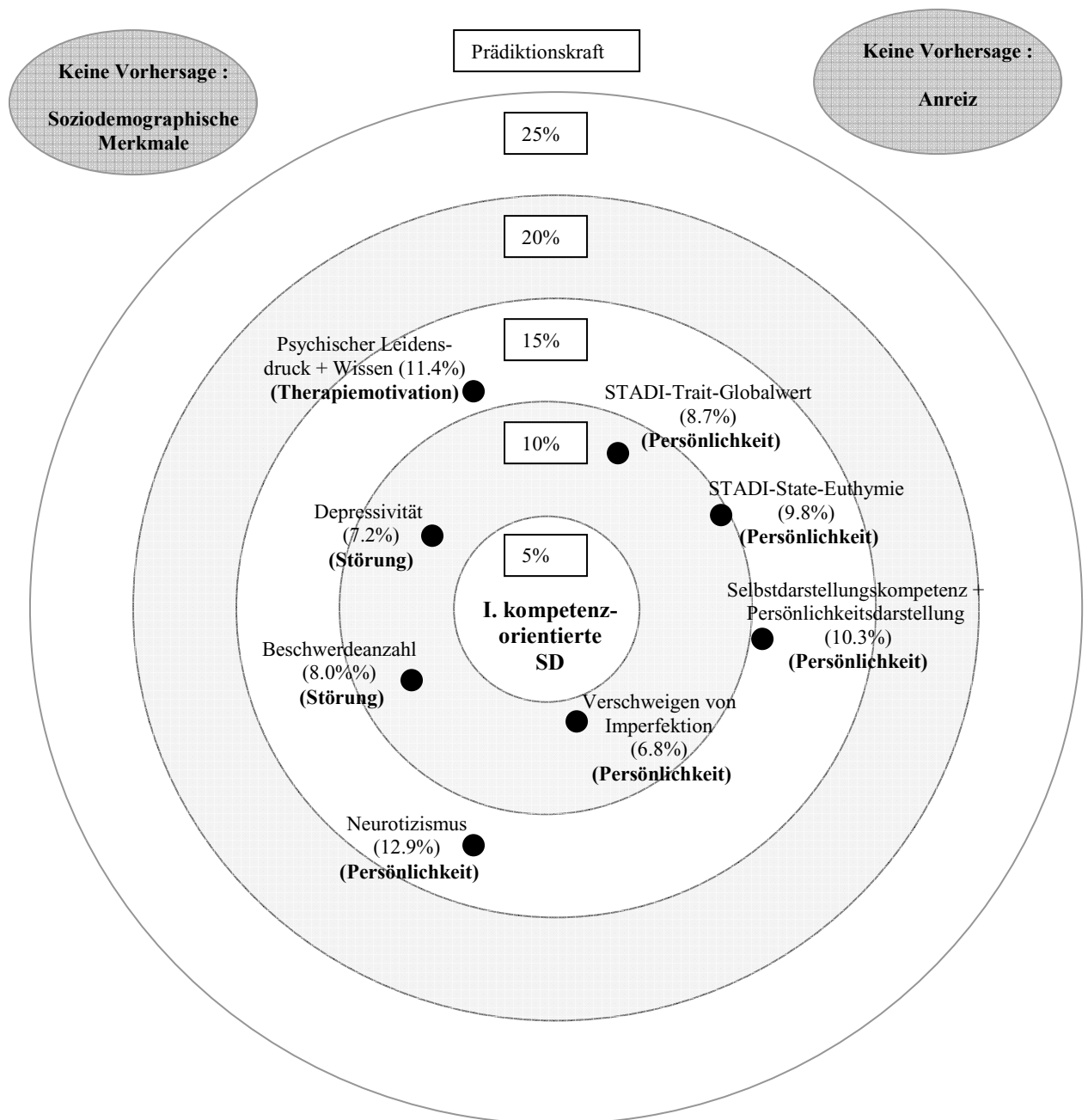


Abbildung 6-1: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung

Kreisdiagramm für die Gesamtstichprobe (N=80). Prädiktionskraft in Prozent von 0-25% der jeweiligen Variablen. Je weiter entfernt von der Mitte des Kreises, umso höher ist die Prädiktionskraft auf die entsprechende Selbstdarstellungskategorie. In Klammern sind die Variablenbereiche angegeben, aus denen die entsprechenden Variablen stammen.

Abbildung 6-2 zeigt in der Zusammenfassung, dass nur drei Variablen in der Vorwärts-Regressionsanalyse die klagende Selbstdarstellung vorhersagten. Die Variablen sind aus den Bereichen Störung (Entfremdungserleben, 6.6%), Persönlichkeit (Gewissenhaftigkeit, 7.4%) und externer Anreiz (Rentenwunsch, 22.1%), wobei Störungs- und Persönlichkeitsvariablen kaum vorhersagten.

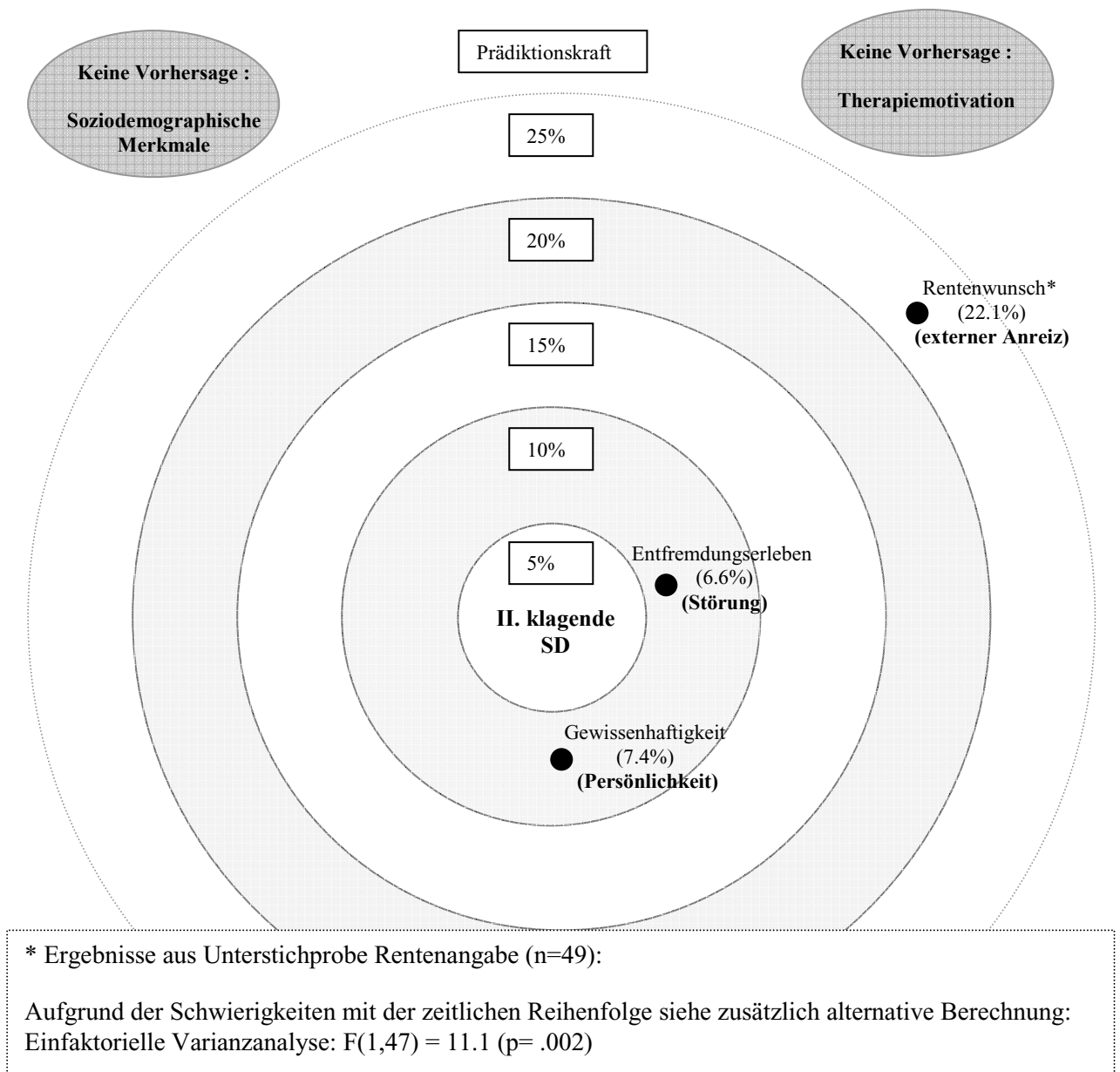


Abbildung 6-2: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die II. klagende Selbstdarstellung

Kreisdiagramm für die Gesamtstichprobe (N=80). Prädiktionskraft in Prozent von 0-25% der jeweiligen Variablen. Je weiter entfernt von der Mitte des Kreises, umso höher ist die Prädiktionskraft auf die entsprechende Selbstdarstellungskategorie. In Klammern sind die Variablenbereiche angegeben, aus denen die entsprechenden Variablen stammen.

Soziodemographische Merkmale und Therapiemotivation sagten nicht vorher. Die Kategorie klagende Selbstdarstellung konnte somit durch die Anreizvariable Rentenwunsch gut vorhergesagt werden - hier ist die Vorhersagekraft mit 22.1% als erstaunlich gut zu bezeichnen, auch wenn sich die Daten nur auf die eingeschränkte Stichprobe von n=49 der Rentenwunschspatienten beziehen.

Abbildung 6-3 fasst die Ergebnisse der Vorwärts-Regressionsanalyse aller Variablenbereiche auf die freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung zusammen:

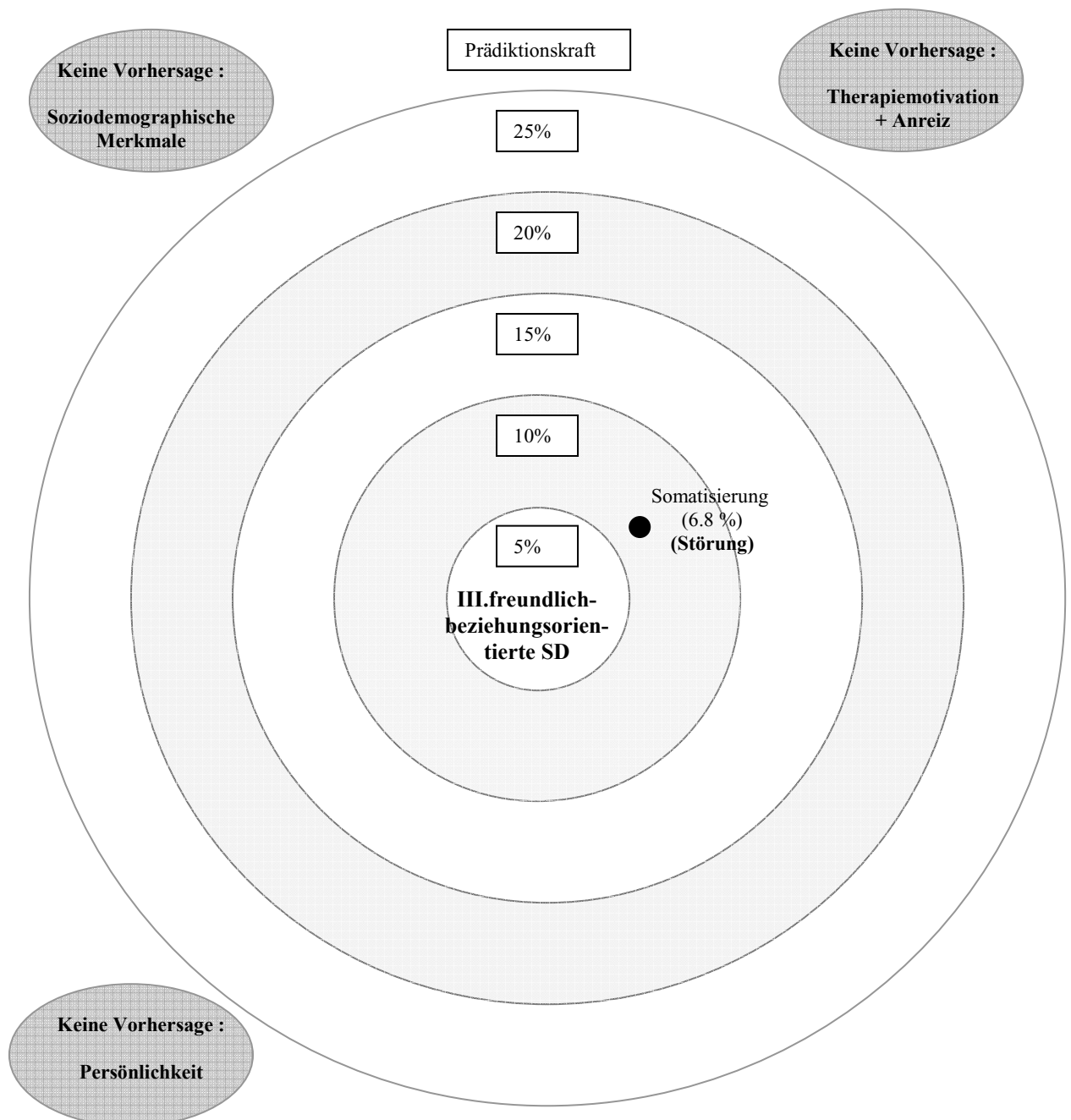


Abbildung 6-3: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die III. freundlich-bezieh. Selbstdarstellung

Kreisdiagramm für die Gesamtstichprobe (N=80). Prädiktionskraft in Prozent von 0-25% der jeweiligen Variablen. Je weiter entfernt von der Mitte des Kreises, umso höher ist die Prädiktionskraft auf die entsprechende Selbstdarstellungskategorie. In Klammern sind die Variablenbereiche angegeben, aus denen die entsprechenden Variablen stammen.

Soziodemographische Merkmale, Therapiemotivation, Anreiz und Persönlichkeit sagten nicht signifikant vorher. Nur die Störungsvariable Somatisierung konnte die freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch im geringen Umfang (6,8%) vorhersagen.

Wie Abbildung 6-4 zeigt, ist die externalisierungsorientierte Selbstdarstellung die einzige Kategorie, welche durch keine Variable in der Vorwärts-Regressionsanalyse vorhergesagt wurde.

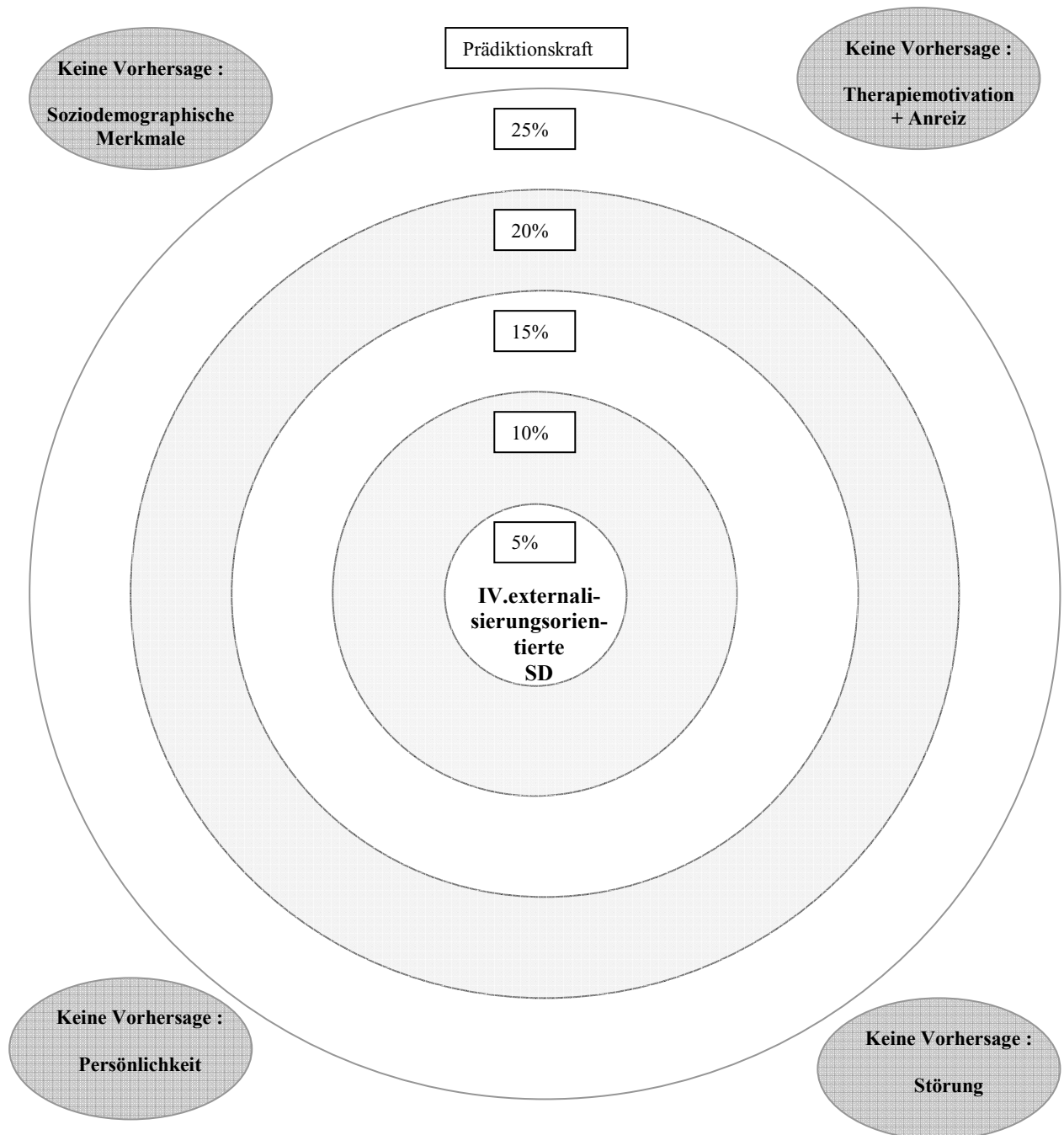


Abbildung 6-4: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die IV. externalisierungsorient. Selbstdarstellung

Kreisdiagramm für die Gesamtstichprobe (N=80). Prädiktionskraft in Prozent von 0-25% der jeweiligen Variablen. Je weiter entfernt von der Mitte des Kreises, umso höher ist die Prädiktionskraft auf die entsprechende Selbstdarstellungskategorie. In Klammern sind die Variablenbereiche angegeben, aus denen die entsprechenden Variablen stammen.

Weder durch soziodemographische, noch durch therapiemotivationsbezogene, anreizbezogene, persönlichkeitsbezogene oder störungsbezogene Variablen war hier eine Vorhersage möglich.

Die hilfeschende Selbstdarstellung wiederum konnte, wenn auch nur sehr eingeschränkt, durch Anreizvariablen (Rentenwunsch, 8%), Störungsvariablen (Aufenthaltsdauer 5.1%) und soziodemographische Variablen (Geschlecht, 8%) vorhergesagt werden. Therapiemotivation und Persönlichkeitsvariablen ermöglichten keine signifikanten Vorhersagen in der Vorwärts-Regression.

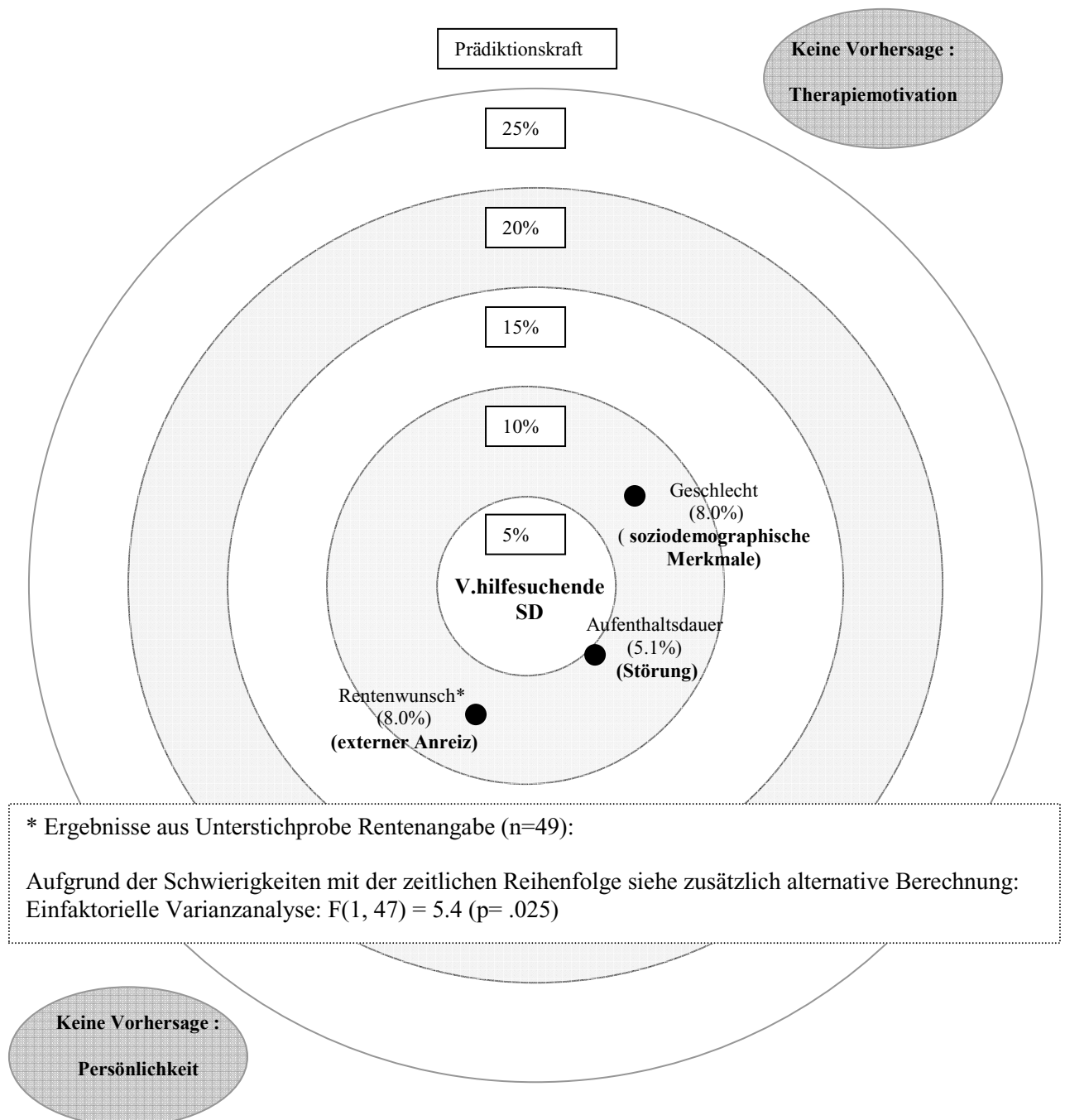


Abbildung 6-5: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die V.hilfesuchende Selbstdarstellung

Kreisdiagramm für die Gesamtstichprobe (N=80). Prädiktionskraft in Prozent von 0-25% der jeweiligen Variablen. Je weiter entfernt von der Mitte des Kreises, umso höher ist die Prädiktionskraft auf die entsprechende Selbstdarstellungskategorie. In Klammern sind die Variablenbereiche angegeben, aus denen die entsprechenden Variablen stammen.

Bezüglich der aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung (siehe Abb.6-6) konnten nur Störungsvariablen (STADI-State-Aufgeregtheit und STADI-State-Dysthymie gemeinsam, 9.8%) sowie eine Therapiemotivationsvariable (Initiative, 8.3%) relevant im Vorwärts-Regressionsmodell vorhersagen. Anreiz, soziodemographische und Persönlichkeitsvariablen erklärten keine Varianz signifikant.

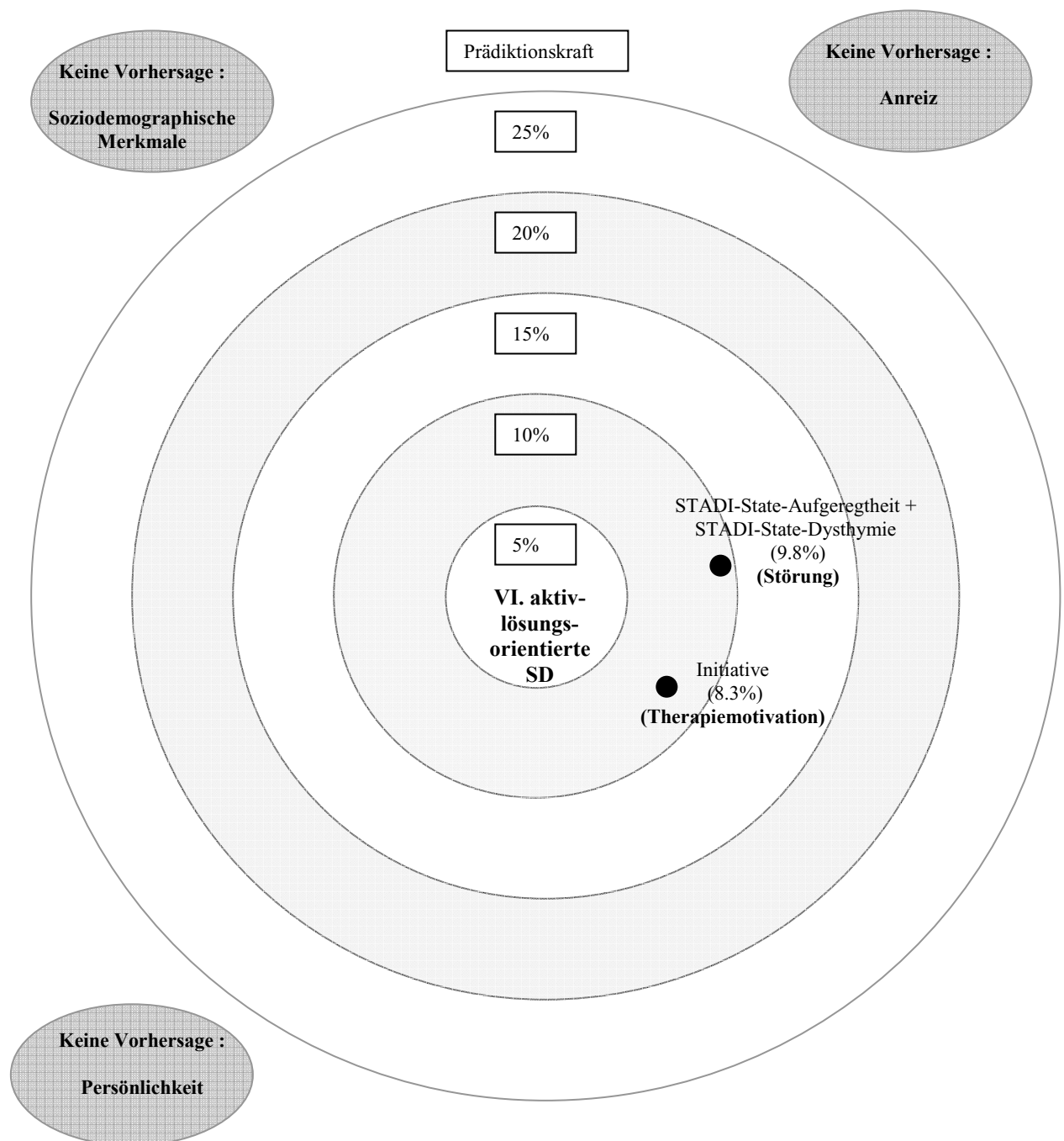


Abbildung 6-6: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die VI. aktiv-lösungsorientierten Selbstdarstellung

Kreisdiagramm für die Gesamtstichprobe (N=80). Prädiktionskraft in Prozent von 0-25% der jeweiligen Variablen. Je weiter entfernt von der Mitte des Kreises, umso höher ist die Prädiktionskraft auf die entsprechende Selbstdarstellungskategorie. In Klammern sind die Variablenbereiche angegeben, aus denen die entsprechenden Variablen stammen.

Die vermeidungsorientierte Selbstdarstellung konnte schließlich ebenfalls nur durch zwei Variablen aus den Bereichen Störung (Somatisierung und Ängstlichkeit, 11.6%) und Therapiemotivation (Symptombezogene Zuwendung, 5.9%) vorhergesagt werden. Soziodemographische Variablen, Anreiz und Persönlichkeitsvariablen hatten keinen nennenswerten Einfluss (siehe Abb.6-7).

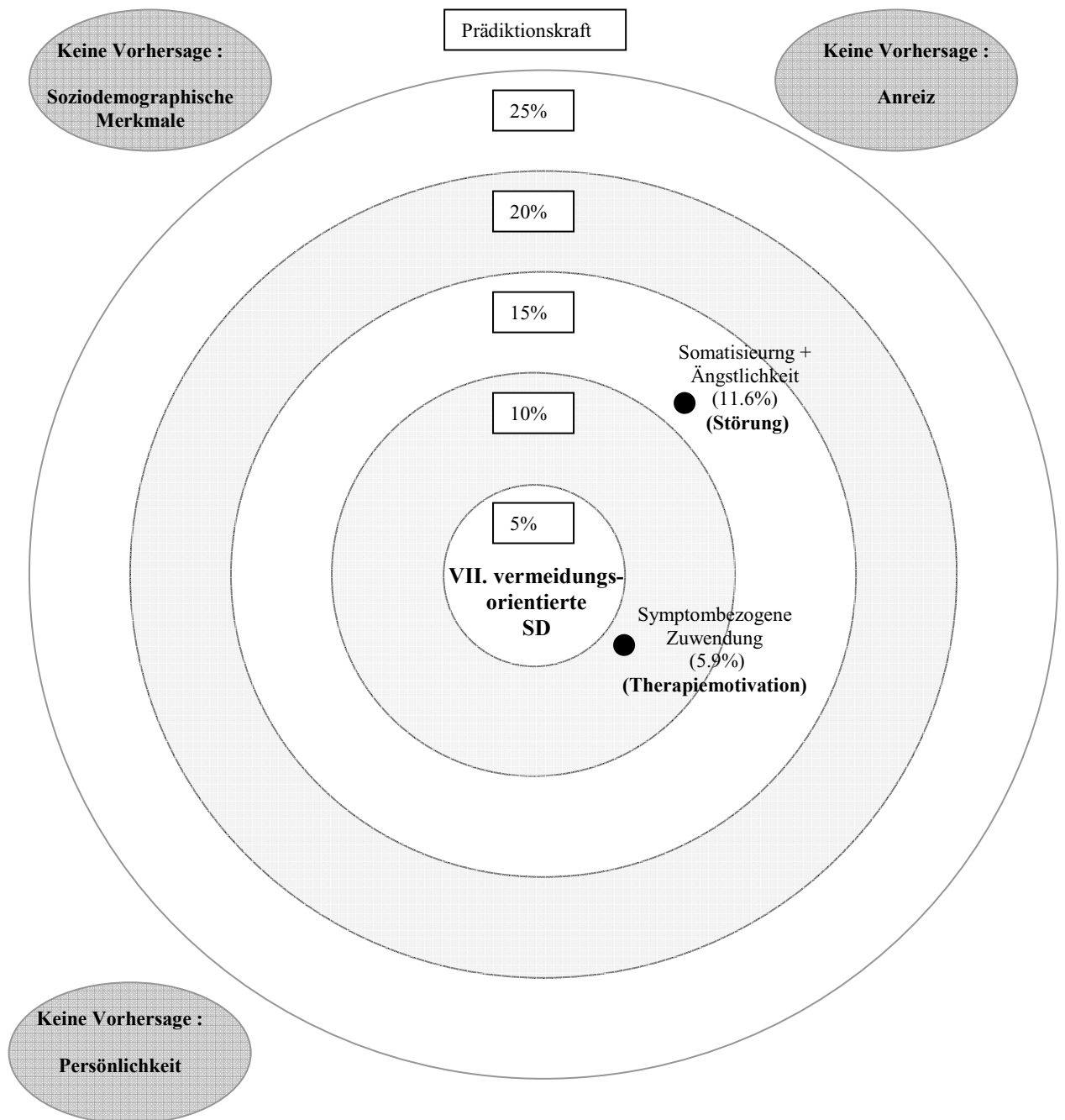


Abbildung 6-7: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die VII. vermeidungsorient. Selbstdarstellung

Kreisdiagramm für die Gesamtstichprobe (N=80). Prädiktionskraft in Prozent von 0-25% der jeweiligen Variablen. Je weiter entfernt von der Mitte des Kreises, umso höher ist die Prädiktionskraft auf die entsprechende Selbstdarstellungskategorie. In Klammern sind die Variablenbereiche angegeben, aus denen die entsprechenden Variablen stammen.

Entwickelt man ein Gesamtvorhersagemodell - mit der Möglichkeit zur Elimination nicht mehr nötiger, bereits vorher ins Modell aufgenommener signifikanter Variablen - mit nur allen für eine Vorhersage 'minimal nötigen' soziodemographischen, themamotivationsbezogenen, störungsbezogenen und persönlichkeitsbezogenen Variablen – was leider nur exklusive der anreizbezogenen Variablen wie dem Rentenwunsch möglich war - zeigte sich innerhalb der stufenweise Regressionsanalysen (zur Methode stufenweise Regressionsanalyse siehe Kap. 3.4.2.4) bei der 80 Patienten umfassenden Gesamtstichprobe Folgendes: Bei allen sieben Selbstdarstellungskategorie spielten andere Variablenbereiche eine Rolle – außer bei der Selbstdarstellungskategorie externalisierungsorientierte Selbstdarstellung. Diese konnte erneut durch keine der untersuchten Variablen signifikant vorhergesagt werden und stellt wohl aufgrund ihrer harten inhaltlichen Konzeption - beispielsweise der Unterkategorie „Mache deutlich, dass andere die Schuld und Verantwortung haben“ - eine Art der Selbstdarstellung dar, die im psychotherapeutischen Aufnahmegespräch, vermutlich auch aufgrund sozialer Konventionen, (noch) nicht vom Patienten gezeigt wird. Am besten vorhergesagt werden konnte mit der innerhalb dieser Studie verwendeten Fragebogenbatterie die kompetenzorientierte Selbstdarstellung mit 23% erklärter Varianz insgesamt: Prädiktorvariablen waren hier Neurotizismus als Big-Five Persönlichkeitseigenschaft mit einem negativen Regressionskoeffizienten sowie Wissen über Psychotherapie und „gute Stimmung und Freude erleben“ als aktueller Zustand unmittelbar vor dem Aufnahmegespräch (positive Regressionskoeffizienten): Je neurotischer Patienten, umso weniger Wissen sie über Psychotherapie hatten und je weniger gute Stimmung sie unmittelbar vor dem Aufnahmegespräch erlebten, umso weniger zeigten sie auch spontan eigene Stärken und Kompetenzen im Aufnahmegespräch. Auf die besondere Rolle der kompetenzorientierten Selbstdarstellung in dieser Studie wird später noch eingegangen. Die weiteren fünf Selbstdarstellungskategorien klagende, freundlich-beziehungsorientierte, hilfeschuchende, aktiv-lösungsorientierte und vermeidungsorientierte Selbstdarstellung konnten mit den relevanten in dieser Studie verwendeten Fragebogen-Skalen und Variablen im Gesamtvorhersagemodell lediglich zu 7-12% vorhergesagt werden.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang die Variable Geschlecht, die als alleinige Variable immerhin 8% der hilfeschuchenden Selbstdarstellung aufklärte ( $r_{pb}=.28$ ,  $p<.05$ ). Hier liegt ein mittlerer Geschlechtereffekt nach Cohen vor – Frauen stellen sich deutlich hilfeschuchender in der ersten Therapiesitzung da als Männer und auch die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse als aufgrund methodischer Probleme bezüglich der Regressionsanalyse alternative Art der Berechnung sind signifikant. Die Variable Depressivität (vom Patienten beurteilt, wie depressiv er sich in den vergangenen zwei Wochen erlebte) konnte zudem alleine immerhin 7% Varianz der kompetenzorientierten Selbstdarstellung aufklären.

Umso erstaunlicher ist vor diesem Hintergrund, dass die Variable Rentenwunsch (ja/nein) – die nur aus einer einzigen Frage besteht – in der 49 Patienten umfassenden Unterstichprobe Rentenangabe - in der Varianzanalyse ganze 22% Varianz einer Selbstdarstellungskategorie erklärte -

der Kategorie klagende Selbstdarstellung. Auch waren die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse als alternative Berechnungsmöglichkeit hier signifikant, es lag ein starker Effekt des Rentenwunsches nach Cohen vor. Diese spezifische, motivations- und anreizbezogene Variable schien eine besondere Rolle bei der Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch zu spielen und in engem Zusammenhang damit zu stehen, wie klagsam und hilfeschend sich ein Patient in den ersten Minuten der Therapie präsentierte. Als Therapeut wachsam zu sein, bezüglich Patienten, die häufig *deutlich machen, dass sie es schwer hatten/haben* und häufig *Hilfe vom Therapeuten fordern* kann also gegebenenfalls dabei helfen, Patienten mit möglichem Rentenwunsch bereits frühzeitig in der Therapie zu identifizieren. Als besonders hoch zu bewerten ist dieser Anteil an erklärter Varianz (22%) sowie die Höhe der Korrelation zwischen dem Rentenwunsch (ja/nein) und der klagenden Selbstdarstellung ( $r_{pb} = .44, p < .001$ ) wenn man bedenkt, dass eventuell nicht einmal alle Patienten mit Rentenwunsch diesen auch am Ende der Behandlung ehrlich angaben – oder sich anzugeben trauten. So könnten die gefunden Korrelationen in „Wahrheit“ durchaus noch höher sein. Gleiches gilt für die Korrelation zwischen dem Rentenwunsch und der hilfeschenden Selbstdarstellung ( $r_{pb} = .32, p < .05$ ).

Interessant ist auch die Rolle der kompetenzorientierten Selbstdarstellung, welche mit zahlreichen Variablen, insbesondere aber mit den persönlichkeitsbezogenen Variablen, häufig signifikant korrelierte und stets recht hohe Varianzen aufklärte (siehe Tab.4-28: Fragebogenskalen der Fragebögen FPTM, BDI-II, BSI, NEO-FFI, STADI, PSPS, ASÜ, SPD). Die Varianzaufklärung für die einzelnen Variablenblöcke für das Zeigen von Stärken und Kompetenzen im Aufnahmegespräch lag zwischen 5% bei der Therapiemotivations-Variable Psychischer Leidensdruck und 13% bei der Big-Five-Variable Neurotizismus. Diese hohen Korrelationen und Varianzaufklärungen traten auf, obwohl die Interrater-Reliabilität für diese Kategorie geringer als für alle anderen Kategorien war. Fazit hier: Die kompetenzorientierte Selbstdarstellung war zwar deutlich schwerer reliabel zu messen, korrelierte aber am höchsten mit persönlichkeitsbezogenen und weiteren Merkmalen der Patienten und sagte diese auch am besten vorher.

Bedenkt man, dass in dieser Studie sehr unterschiedliche Datenquellen verwendet wurden – verhaltensbezogene Videodaten und einstellungsbezogene Fragebogendaten - so sind die gefundenen Korrelationen und Zusammenhänge – etwa wie bereits mehrmals erwähnt zwischen dem Rentenwunsch und der klagenden Selbstdarstellung – doch erstaunlich hoch. Insbesondere musste ja beim Rating der Selbstdarstellung die komplexe Aufgabe gemeistert werden, aus einem großen verbalen und nonverbalen Verhaltensstrom im Video spontan präsentierte und markante Selbstdarstellungseinheiten zu identifizieren. Diese Beobachtungsdaten korrelierten nicht nur stellenweise mittelhoch mit Fragebogenvariablen, häufig waren diese Korrelationen und hohen erklärten Varianzen auch genau bei solchen Kategorien zu finden, bei welchen Videoratingkategorien und Fragebogenkategorien inhaltlich übereinstimmten (hohe konvergente Validität). Beispiele hierfür sind etwa die Vorhersage von aktiv-lösungsorientierter Selbstdarstellung im Erstgespräch durch die Therapiemo-

tivations-Variable Initiative und die Vorhersage der kompetenzorientierten Selbstdarstellung im Erstgespräch durch die Persönlichkeitsfragebogeneinschätzung der Patienten in der so genannten Selbstdarstellungskompetenz.

Insgesamt schienen (siehe Ergebnisse der Vorwärts-Regressionsanalysen, Kap. 4.3) am meisten motivations- und anreizbezogene Variablen, dann vergleichbar geringer störungsbezogene, soziodemographische und persönlichkeitsbezogene Merkmale eine Rolle zu spielen.

Welches Fazit ist zur dritten Frage - *Was beeinflusst nun den Therapieerfolg - Selbstdarstellung, Rentenwunsch oder die Depressivität?* – zu ziehen? Insgesamt können die Zusammenhänge bezüglich des Einflusses auf den Therapieerfolg wie folgt zusammengefasst werden: Weder die Selbstdarstellung, noch der Rentenwunsch (ja/nein) hatten im Rahmen der vorliegenden Studie an N=80 bzw. n=49 psychosomatischen Patienten eine relevanten Prädiktionskraft auf den Therapieoutcome. Aber: Die Depressivität zum Aufnahmezeitpunkt (BDI-II Aufnahme) scheint – mit den beschriebenen statistischen Einschränkungen - 36 % des Therapieerfolgs (Differenz BDI-II Aufnahme und Entlassung) der Patienten vorherzusagen.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen weiterhin, dass der Rentenwunsch (ja/nein) der Patienten den Erfolg in der stationären Behandlung nicht signifikant vorhersagen konnte, egal wie dieser gemessen wurde. Hier stehen die Ergebnisse im Gegensatz zu den Ergebnissen von Nickel et al. (2006), welcher bei Rentenwunschpatientinnen einen geringeren Therapieerfolg fand. Nickel et al.s (2006) Befund war aber eine wesentliche Begründung für eine Hypothese (siehe Tab.2-6, Hypothese zwei) dieser Studie. Gründe hierfür wurden diskutiert und liegen vermutlich hauptsächlich in der Tatsache begründet, dass die Rentenwunsch-Patientinnen in der Studie von Nickel et al. (2006) nicht nur einen Rentenwunsch, sondern bereits einen Rentenantrag abgeschickt hatten und somit eventuell stärker dazu motiviert waren, sich in der stationären Therapie weniger zu verbessern, um ihre Chancen auf einen positiven Bescheid ihres Rentenantrags zu maximieren.

*Zusammenfassend kann bezüglich der Beziehung zwischen Rentenwunsch, Selbstdarstellung im Aufnahmegespräch und Therapieerfolg also gesagt werden:* Ja, Patienten mit vorhandenem Rentenwunsch stellen sich etwas anders im therapeutischen Aufnahmegespräch dar als Patienten ohne Rentenwunsch – sie sind klagsamer und fordern mehr Hilfe vom Therapeuten - und wenn Therapeuten im Erstgespräch die klagende und hilfeschende Selbstdarstellung mehr beachten, könnten Patienten mit Rentenwunsch in größerem Umfang frühzeitig identifiziert werden. Aber: Nein – ein Rentenwunsch in der vollstationären Behandlung hat - so zumindest die Datenlage in der vorliegenden Studie an einer reduzierten Stichprobe von n=49 - keinen negativen Effekt auf den Therapieerfolg der Patienten.

Abbildung 6-8 fasst die Ergebnisse in den drei Hauptfragen der vorliegenden Studie, die soeben diskutiert wurden, noch einmal graphisch zusammen: Erstens – Wie stellen sich nun Psy-

chotherapie-Patienten eigentlich im Aufnahmegespräch spontan dar? Zweitens - Was beeinflusst das Aufnahmegespräch nun maßgeblich und wie sind diese Ergebnisse zu bewerten? Drittens - Was beeinflusst nun wirklich den Therapieerfolg?

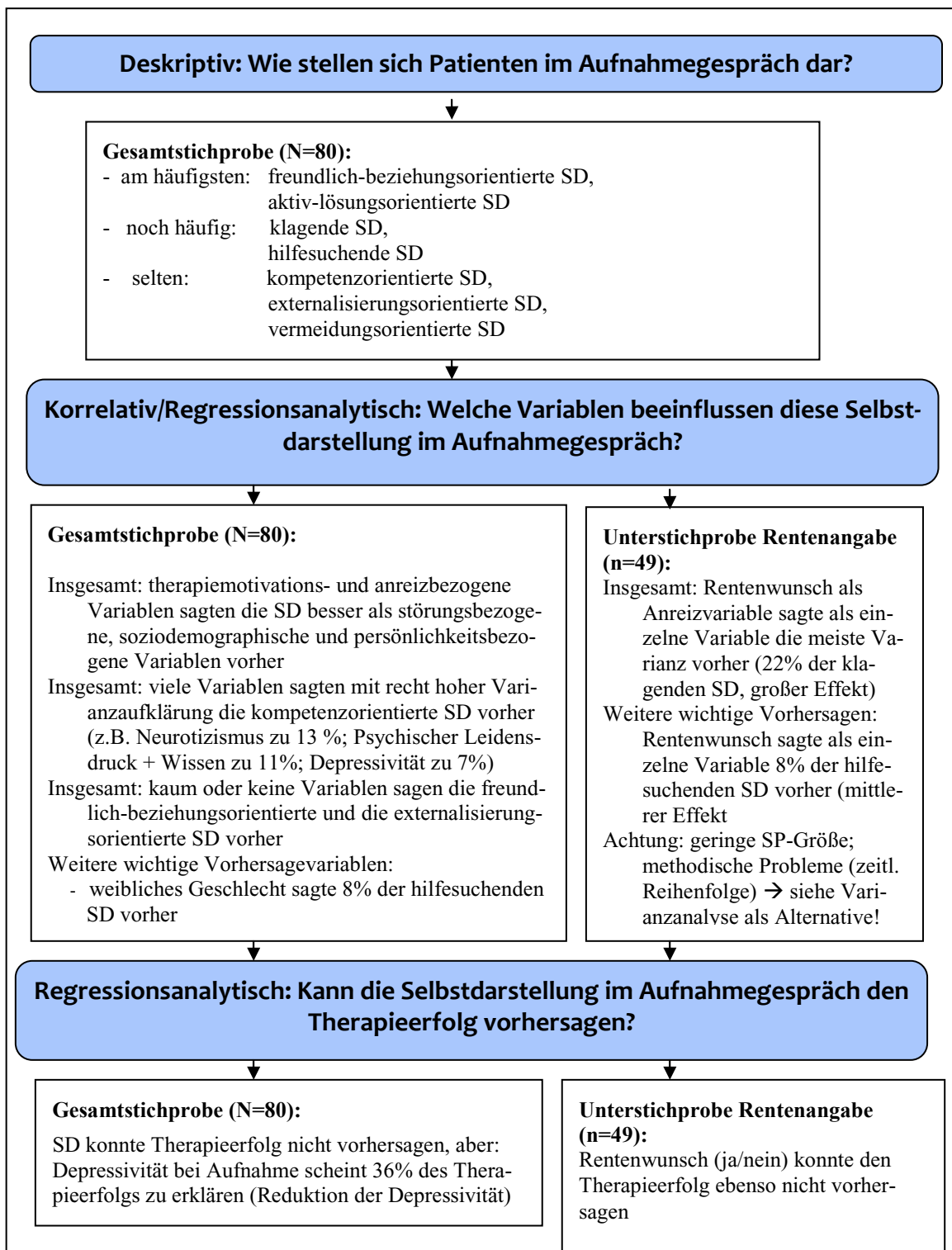


Abbildung 6-8: Zusammenfassung der Hauptergebnisse der vorliegenden Studie

Überblicksartige Zusammenfassung der drei Hauptfragen der vorliegenden Studie. SD= Selbstdarstellung, SP= Stichprobe

Kritisch zu diskutieren bleibt Frage vier: *Wie verhält sich die Selbstdarstellung nun zur Manipulation?* In der Literatur wird diese Frage schon lange diskutiert: Hill et al. (1986) beginnen die Einleitung ihres theoretischen Kapitels zu einer selbstdarstellungstheoretischen Konzeption der Depression mit einer Zusammenfassung von Studien, welche die manipulativen Aspekte depressiver Erkrankungen explizit untersuchen: „Whatever the presumed cause of depression, a number of theorists long have recognized the manipulative nature of depressive Symptoms“ (S.213). Und 1985 diskutieren Friedlander und Schwartz (1985, zitiert nach Kelly, 2000b, S. 477) diese eher traditionelle Sichtweise der Selbstdarstellung als absichtliche Manipulation in der Psychotherapie.

Die vorliegende Studie möchte sich, wie in der Einleitung in Kapitel 2.1 definiert, in ihrem Verständnis von Selbstdarstellung scharf abgrenzen vom einseitigen und abwertenden Konzept der Selbstdarstellung als bewusste Manipulation.

Doch Selbstdarstellung, auch die patientische Selbstdarstellung, hat per Definition (siehe Kap. 2.1) zahlreiche bewusste und unbewusste Interaktionsziele und möchte durchaus etwas beim Gegenüber bewirken, dieses beeinflussen. Selbstdarstellung von Patienten ist somit irgendwo auf einer Skala mit den Extrempunkten „absichtliche Täuschung“ und „Authentizitätsdarstellung“ angesiedelt – wo genau ist von Individuum zu Individuum sowie von Situation zu Situation unterschiedlich. So einfach ist die Lösung des Dilemmas, Patienten nicht im Rahmen der Selbstdarstellungsforschung global bewusste Manipulation unterstellen zu wollen – aber auch nicht mit einem zu naiven Blick bei der Selbstdarstellung von Patienten immer von authentischer Selbstpräsentation auszugehen. Riedelbauch und Laux (2011) fassen hierzu eine aktuelle Auffassung von Selbstdarstellung zusammen:

Es gilt also, das Selbst dem Kontext entsprechend zu interpretieren: Die Person muss sich entscheiden, bei wem, mit welchem Schwerpunkt und Inhalt, zu welchem Zweck und mit welchen Konsequenzen sie das Selbst darstellt. Um diesen interpretativen Aspekt von Selbstdarstellung zu betonen, haben Laux (1992) und Laux und Renner (1994) „Selbstinterpretation“ als Alternativkonzept zur Selbstdarstellung vorgeschlagen, das alle Varianten der Selbstdarstellung – von der täuschend-manipulativen Selbstpräsentation bis hin zur authentischen Darstellung des Selbst - einschließt (S.220).

Dieses neue Konzept gliedert Selbstinterpretation als neuen Oberbegriff in zwei Prozesse auf: Erstens die Selbstdarstellung, zweitens die Selbstbewertung:

Damit schließt Selbstinterpretation als weites Konzept nicht nur alle Formen der Selbstdarstellung – vom Ausdruck „wahrer“ Persönlichkeitsmerkmale über Beschönigung bis hin zu Täuschung – mit ein, sondern beschreibt zwei Richtungen der Interpretation des Selbst: Den Weg von „innen“ nach „außen“, indem bestimmte Selbstbilder ausgewählt und dargestellt werden [Selbstdarstellung], aber auch den Weg von „außen“ nach „innen“ [Selbstbewertung], indem die Person sich selbst und soziale Rückmeldung über die eigene Person wahrnimmt und interpretiert [...] Im Folgenden sprechen wir von Selbstdarstellung, wenn wir uns auf den Prozess von „innen“ nach „außen“ und die entsprechenden beobachtbaren Verhaltensweisen beziehen. Unter Selbstinterpretation verstehen wir beide Richtungen der „Interpretation des Selbst“ (Riedelbauch & Laux, S.220).

Die Autorin dieser Studie möchte sich abschließend dieser Definition des Konzepts Selbstinterpretation anschließen – eine geeignete Definition nicht nur bei der Beantwortung der Frage, in welchem Zusammenhang Selbstinterpretation im klinischen Kontext mit Manipulation steht.

Zurück zu den Rentenwunsch-Patienten der vorliegenden Studie, welche vermehrt im Aufnahmegespräch klagten. Ist das Verhalten dieser Patienten mit möglichem Rentenwunsch als bewusste Manipulation einzustufen? Das verstärkte Klagen und das vermehrte Suchen von Hilfe beim Therapeuten der Patienten mit Rentenwunsch stellte in der vorliegenden Studie in Abgrenzung zu Manipulation sicherlich auch einen legitimen Wunsch der Patienten nach Schonung durch den Therapeuten bzw. eine subjektive Einsicht der aktuellen Schwäche dar, den Anforderungen der Arbeitswelt momentan nicht mehr gewachsen zu sein. Und dieses Gefühl, den vielfältigen Anforderungen nicht mehr zu genügen, ist ein Kernsymptom der Depression. Es ist eine authentische psychische Befindlichkeit, die mehr oder weniger bewusst, mehr oder weniger strategisch dem Interaktionspartner, dem Therapeuten, vermittelt werden muss. Und diese Vermittlung ist keine Manipulation, sondern letztendlich auch eine entscheidende Kompetenz, Schwäche in der Interaktion anzuzeigen zu können. Manipulation wäre es erst dann, wenn die beschriebene negativ-depressive Grundbefindlichkeit und Überforderung nicht vorhanden wäre. Die Rentenwunsch-Patienten zeigten sich in der vorliegenden Studie laut Fragebögen aber durchaus als durchschnittlich mittel- bis schwergradig depressiv und somit als stark belastet.

Dass es andererseits auch übersteigerte Symptompräsentation und bewusste Täuschung im Bereich Psychotherapie gibt, lässt auch Forschung aus anderen klinischen Bereichen vermuten: So gibt es aus dem Bereich der klinischen Neuropsychologie eine Zusammenfassung von geschätzten Malingeringraten im klinischen Kontext, die viel Aufsehen erregte. Unter Malingering versteht man hierbei Patientenverhalten, welches von der leichten Aggravierung von Symptomen bis hin zur Simulation und bewussten Täuschung reicht: Mittenberg, Patton, Canyock und Condit (2002) gaben die vermuteten Malingering-Raten laut der Einschätzung von klinischen Diagnostikern (Experten-einschätzung) bei chronischer Müdigkeit mit 35%, bei chronischem Schmerz etwa mit 31 % an. Beide Störungsbereiche sind auch Störungsbilder, die klassischerweise in psychosomatischen Kliniken – wie der Klinik der hier vorliegenden Datenerhebung - behandelt werden. Wichtig ist aus Sicht der Autorin hier, dass Therapeuten in solchen Einrichtungen Themen wie Malingering auch benennen und beispielsweise offen in ihren Teams diskutieren dürfen.

*Ausblick:* Aus Sicht der Autorin dieser Studie sollte es noch mehr persönlichkeitspsychologische Selbstdarstellungsstudien im Bereich von Psychotherapien geben. Denn wie Schütz et al. (1997, S.459f, siehe Kap. 1) im Rahmen ihrer Selbstdarstellungsstudie anhand von Therapievideos zusammenfassten, so hat die Autorin dieser Studie nach Durchführung der Studie den Eindruck, dass Selbstdarstellungsforschung uns Therapeuten dabei helfen kann, die wirklichen Ziele und Motive hinter dem spontanen Verhalten eines Patienten besser zu verstehen, um nicht an seinen eigentli-

chen Anliegen „vorbeizuthrapieren“. Hierbei ist es aus meiner Sicht insbesondere effizient, sich auf die Herausfilterung der „wahren“ patientischen Anliegen besonders innerhalb der ersten Phase der Therapie wie dem Aufnahmegespräch zu konzentrieren, um zügig im therapeutischen Prozess gemeinsam mit dem Patienten an den richtigen Therapiezielen arbeiten zu können. Allerdings dürfen in diesem Kontext die therapeutische Selbstdarstellung und die Interaktion zwischen Patient und Therapeut (siehe Kap 5.4) nicht vernachlässigt werden – wie dies in der vorliegenden Studie aus eher pragmatischen Gründen der Fall war.

Betrachtet man die Ergebnisse der Einzelfallanalyse, so wäre noch ein weiteres Forschungsvorhaben spannend. Die beiden im Einzelfall untersuchten (siehe Kap. 5.3.3), ähnlich depressiven, Mitte fünfzig Jahre alten Patienten zeigten zwei typische, im klinischen Alltag von der Autorin beobachtete Formen depressiver patientischer Selbstdarstellung: Patient A, der stark klagte, Hilfe suchte und somit einen dominierenden depressiv-resignativen Eindruck nach dem Gespräch sowie in den weiteren Therapiegesprächen hinterließ, repräsentiert aus Sicht der Autorin den depressiven Selbstdarstellungstyp des „Hilflosen“. Patient B, der kaum klagte, kaum Hilfe suchte und stattdessen mit Humor versuchte, die ernste therapeutische Situation der Klinikaufnahme aufgrund seiner hoher Depressivität zu bagatellisieren, stellt aus Sicht der Autorin den zweiten Typ depressiver Selbstdarstellung bei Patienten dar, den „Verberger“. In der psychotherapeutischen Praxis viel der Autorin auf, dass sich viele depressive Patienten diesen beiden Selbstdarstellungstypen zuordnen lassen. An dieser Stelle wäre eine selbstdarstellungsbezogene Videoanalysestudie speziell bezogen auf „Verbergen, Verdrängen und Bagatellisieren des eigenen depressiven Zustands“ sowie auf „Präsentieren der eigenen Überforderung und Hoffnungslosigkeit“ spannend. Interessanterweise zeigten sich Hinweise zum Selbstdarstellungstyp des „Hilflosen“ bereits bei der Verwendung des Kategoriensystems nach Strunk (2004). Schließlich korrelieren die Kategorie zwei, die klagende Selbstdarstellung und Kategorie fünf, die hilfessuchende Selbstdarstellung, hoch miteinander (siehe Tab.4-4) - wurden also häufig gemeinsam bei Patienten beobachtet. Der innerhalb des klinischen Alltags beobachtete zweite depressive Selbstdarstellungstyp „Verberger“ konnte durch das vorliegende Kategoriensystem nicht abgebildet werden, was jedoch auch an einem Fehlen von Kategorien für z.B. beschwichtigendes selbstdarstellungsbezogenes Verhalten liegen könnte. Die hohen Interkorrelationen zwischen Selbstdarstellungskategorie drei und fünf (siehe Tab.4-4) - zwischen der dem Therapeuten gegenüber freundlichen und der die bisherigen Bewältigungsversuche bzw. die eigene Aktivität präsentierenden Selbstdarstellung – weisen, wie in Kapitel 4.3.1 beschrieben, eher auf ein zweites Cluster „freundlich-aktiver“ depressiver Selbstdarstellung hin.

Zudem wäre es wünschenswert, den innerhalb dieser Studie untersuchten Einfluss der Variablenblöcke soziodemografische, persönlichkeitsbezogene, störungsbezogene, therapiemotivations- und anreizbezogene Variablen auf die Selbstdarstellung in der ersten Therapiestunde dahingehend statistisch zu untersuchen, welche Variablen hier als mögliche Moderator- oder Mediator-

variablen wirken bzw. welche Interaktionseffekte bestehen. Beispielsweise wäre es ausgehend von den geschilderten Ergebnissen dieser Studie denkbar, dass die Depressivität eines Patienten (störungsbezogene Prädiktorvariable) über die Moderatorvariable Neurotizismus (persönlichkeitsbezogene Variable) auf die Selbstdarstellung in der Aufnahmesitzung wirkt - etwa dahingehend, dass sich ein Patient aufgrund seiner hohen Neurotizismuswerte in der Persönlichkeit auch bei niedrigerer Depressivität als hilfeschender darstellt und weniger Stärken und Kompetenzen zeigt. Auch könnten selbstdarstellungsbezogene Variablen wie etwa die Skala Selbsttäuschung bei der sozialen Erwünschtheit („eine Tendenz, die Realität in einer optimistischen Weise verzerrt wahrzunehmen“, siehe Tabelle 3-16, BIDR) auch bei hoher Depressivität als Prädiktorvariable über Interaktionseffekte zu einer stark reduzierten klagenden und hilfeschenden Selbstdarstellung führen – mit allen Konsequenzen etwa einer kürzer als nötig andauernden Therapie da der Therapeut den Schweregrad der Depressivität seines Patienten aufgrund dessen klinischen Eindrucks im Therapiegespräch unterschätzt.

## 7 LITERATURVERZEICHNIS

- Arkin, R. M., Hermann, A. D. (2000). Constructing desirable identities – Self-presentation in psychotherapy and daily life: Comment on Kelly (2000). *Psychological Bulletin*, 126 (4), 501-504.
- Aronson, E., Wilson, T., Akert, R. (2005). *Sozialpsychologie* (4. Aufl.). München: Pearson Studium.
- Baltes-Götz, B. (2013). Behandlung fehlender Werte in SPSS und Amos. Verfügbar unter: <http://www.uni-trier.de/fileadmin/urt/doku/bfw/bfw.pdf>. Zugriff: 04.08.2013.
- Baumgardner, A.H. (1991). Claiming Depressive Symptoms as a Self-Handicap: A Protective Self-Presentation Strategy. *Basic and Applied Social Psychology*, 12 (1), 97-113.
- Bender, R., Ziegler, a., Lange, S. (2007). Multiple Regression – Artikel Nr. 13 der Statistik-Serie in der DMW. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 132 (e30-e32).
- Borkenau, P. & Ostendorf, F. (2008). *NEO-FFI*. NEO-Fünf-Faktoren-Inventar nach Costa & McCrae (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler* (6.Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Bühl, A. (2008). SPSS 16. Einführung in die moderne Datenanalyse (11.Aufl.). München: Pearson.
- Caspar, F. (1989). *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Huber.
- Caspar, F. (2007) *Die Praxis des Erschließens und Konsequenzen für die Therapie*. In: F. Caspar. *Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse*. Bern: Hans Huber
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd. ed.). New Jersey: Hillsdale.
- Damasio, A.R. (2006). *Der Spinoza-Effekt*. Wie Gefühle unser Leben bestimmen (3.Aufl.). Berlin: Ullstein.
- Derogatis, L.R. & Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 595-605.
- Fabricatore, A.N., Sarwer, D.B., Wadden, T.A., Combs, C.J., Krasucki, J.L. (2010). Impression Management or Real Change? Reports of Depressive Symptoms Before and After the pre-operative Psychological Evaluation for Bariatric Surgery. *Obesity Surgery*, 17, 1213-1219.
- Fields, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS (3rd edition)*. London: Sage.
- Franke, G. H. (2000). *BSI*. Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis [Kurzform der SCL-90-R] –Deutsche Version. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90\_R*. Die Symptom-Checkliste von Derogatis - Deutsche Version – Manual (2. Aufl.). Göttingen: Beltz.
- Friedlander, M.L. & Schwartz, G. (1985). Toward a Theory of Strategic Self-Presentation in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counselling Psychology*, 32 (4), 483-501.
- Gangestad, S.W. & Snyder, M. (2000). Self-monitoring: Appraisal and reappraisal. *Psychological Bulletin*, 126, 530-555.

- Geisheim, C., Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schröder, B., von Witzleben, I. (2002). Das Brief Symptom Inventory (BSI) als Instrument zur Qualitätssicherung in der Psychotherapie. *Diagnostica*, 48 (1), 28-36.
- Goldman, R., Greenberg, L & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16 (5), 537-549.
- Habke, A.M. (1997). *The Manifestations of perfectionistic self-presentation in a clinical sample*. Inaugural-Dissertation, University of British Columbia.
- Hannover, B., Pöhlmann, C. & Springer, A. (2004). Selbsttheorien der Persönlichkeit. In K. Pawlik (Hrsg.), *Theorien und Anwendungsfelder der Differentiellen Psychologie* (S. 317–363). Göttingen: Hogrefe
- Hautzinger, M., Heckel-Guhrenz, S. (1991). Reaktionen auf depressive und nicht-depressive Selbstdarstellungen depressiver und nichtdepressiver Patientinnen. *Verhaltenstherapie*, 1 (3), 207-211.
- Hautzinger, M., Hoffmann, N. (1980). *Verbalverhalten Depressiver und ihrer Sozialpartner*. Entwicklung und Validierung eines kategorialen Beobachtungssystems zur Analyse verbaler Interaktionen. Inaugural-Dissertation, Technische Universität Berlin.
- Hautzinger, M., Keller, F. & Kühner, C. (2006). *BDI-II*. Beck Depressions-Inventar Revision. Frankfurt am Main: Harcourt Test Services.
- He, Y. (2010). Missing Data Analysis Using Multiple Imputation: Getting to the Heart of the Matter. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 3, 98-105.
- Henson Matthews, C. & Marschall, L.L. (1988). Self-Monitoring and Intake Interviewers` Therapeutic Orientation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19 (4), 433-435.
- Herzberg, P.Y. & Goldschmidt, S. (2008), Beck Depressions-Inventar (BDI-II). Revision. Report *Psychologie, Report Psychologie*, 33 (6), 301-302.
- Hewitt, P.L., Flett & Ediger, E. (1995). Perfectionism Traits and Perfectionistic Self-Presentation in Eating Disorder Attitudes, Characteristics, and Symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (4), 317-326.
- Hewitt, P.L., Flett, G.L., Sherry, S.B., Habke, M., Parkin, M, Lam, R.W., McMurtry, B., Ediger, E., Fairlie, P. & Stein, M.B. (2003). The interpersonal expression of perfection. Perfectionistic self-presentation and psychological distress. *Journal of Psychology and Social Psychology*, 91, 113-1137.
- Hill, C. E., Gelso, C. J., Mohr, J. J. (2000). Client concealment and self-presentation in therapy: Comment on Kelly (2000). *Psychological Bulletin*, 126 (4), 495-500.
- Hill, M.G., Weary, G., Williams, J. (1986). Depression: A Self-Presentation Formulation. In R.F. Baumeister (Ed.), *Public and Private Self*, (pp. 213-239). New York: Springer.
- Kanfer, F., Reinecker, H. & Schmelzer, D. (2006). *Selbstmanagement-Therapie*. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Kelly, A. (2000a). Helping Construct Desirable Identities: A Self-Presentational View of Psychotherapy. *Psychological Bulletin*, 126 (4), 475-494.
- Kelly, A. (2000b). A Self-Presentational View of Psychotherapy: Reply to Hill, Gelso and Mohr (2000) and to Arkin and Hermann (2000). *Psychological Bulletin*, 126 (4), 505-511.

- Kelly, A. E., Kahn, J. H., Couler, R.G. (1998). Client Self-Presentations at Intake. *Journal of Counselling Psychology*, 43 (3), 300-309.
- Kelly, A.E., McKillop, K.J., Neimeyer, G.J (1991). Effects of Counsellor as Audience on Internalization of Depressed and Nondepressed Self-Presentations. *Journal of Counselling Psychology*, 38 (2), 126-132.
- Kowalik Z. J., Schiepek, G., Kumpf, K., Roberts, L. & Elbert, T. (1997). Psychotherapy as A Chaotic Process II. The Application of Nonlinear Analysis Methods on Quasi Time Series of the Client-Therapist Interaction: A Nonstationary Approach. *Psychotherapy Research*, 7 (3), 197-218.
- Krohne, H. W., Hock, M. (2007). *Psychologische Diagnostik*. Grundlagen und Anwendungsfelder. *Standards der Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Laux, L. (2003). *Persönlichkeitspsychologie* (1. Aufl.). *Grundriss der Psychologie, Bd. 11*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Laux, L., Hodapp, V., Bergner-Köther, R. & Hock, M. (2013). *STADI* . State-Traute-Angst-Depressions-Inventar. Göttingen: Hogrefe.
- Laux, L. & Renner, K.-H. (2002). Self-monitoring und Authentizität. Die verkannten Selbstdarsteller. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 23 (2), 129-148.
- Laux, L. & Renner, K.-H. (2005). Einführung Persönlichkeitspsychologie. In A. Schütz. (Hrsg.), *Psychologie. Eine Einführung in ihre Grundlagen und Anwendungsfelder* (5. Aufl., S.217-239). Stuttgart: Kohlhammer.
- Laux, L. & Weber, H. (1993). *Emotionsbewältigung und Selbstdarstellung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Leibing, El, Hiller, W. & Sulz, S.K.D. (2007). *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen PsychotherapeutIN und für die ärztliche Weiterbildung. Band 3: Verhaltenstherapie* (4.Aufl.). München: CIP-Medien.
- Löffler, S, Wolf, H-D., Gerlich, C. & Vogel, H. (2008). *Würzburger Screening*. Zur Identifikation von beruflichen Problemlagen und dem Bedarf berufsorientierter und beruflicher Rehabilitationsleistungen. Verfügbar unter: [www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/wp-content/uploads/Manual\\_WuerzburgerScreening.pdf](http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/wp-content/uploads/Manual_WuerzburgerScreening.pdf). Zugriff: 24.07.2013.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- McGee, B.J., Hewitt, P. L., Sherry, S.B., Parkin & M. Flett, G.L. (2005). Perfectionistic self-presentation, body image, and eating disorder symptoms. *Body Image*, 2, 29-40.
- Mittenberg, W., Patton, C., Canyock, E. & Condit, C. (2002). Base Rates of Malingering and Symptom Exaggeration. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 24 (8), 1094-1102.
- Mummendey, H.D. (1995). *Psychologie der Selbstdarstellung* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Musch, J., Brockhaus, R. & Bröder, A. (2002). Ein Inventar zur Erfassung von zwei Faktoren sozialer Erwünschtheit. *Diagnostica*, 48 (3), 121-129.

- Nickel, C., Muehlbacher, M., Kettler, C., Tritt, K., Egger, C., Lahmann, C., Pedrosa Gil, F., Leiberrich, P., Bachler, E., Buschmann, W., Forthuber, P., Fartacek, R., Mitterlehner, F., Rother, W., Loew, T. & Nickel, M. (2006). Behandlungsmotivation und Ergebnisse der stationären Psychotherapie bei Frauen mit depressiven Erkrankungen: eine prospektive Studie. *Das Gesundheitswesen*, 68 (1), 11-17.
- Nübling, R., Schulz, H., Schmidt, J., Koch, U. & Wittmann, W. (2006). Fragebogen zur Erfassung der Psychotherapiemotivation (FPTM). In Nübling, R., Muthny, F. & Bengel, J. (Hrsg.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (S. 252-270). Bern: Huber.
- Ostendorf, F. (1990). *Sprache und Persönlichkeitsstruktur: Zur Validität des Fünf-Faktoren-Modells der Persönlichkeit*. Regensburg: Roderer.
- Paulhus, D. L. (1994). *Balanced Inventory of Desirable Responding*. Toronto/Buffalo: Multi-Health Systems.
- Regli, D., Bieber, K., Mathier, F., Grawe, K. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 21 (4), 399-420.
- Renner, K.-H. (2011). *Selbstdarstellung und Persönlichkeit: ein anwendungsorientiertes Forschungsprogramm*. Fern-Universität Hagen [unveröffentlichtes Manuskript].
- Riedelbauch, K. & Laux, L. (2011). *Persönlichkeitscoaching. Acht Schritte zur Führungsidentität*. Weinheim: Beltz.
- Schiepek, G., Kowalik, Z. J., Schütz, A., Köhler, M., Richter, K., Strunk, G., Mühlnickel, W. & Elbert, T. (1997). Psychotherapy as A Chaotic Process I. Coding the Client-Therapist Interaction by Means of Sequential Plan Analysis and the Search for Chaos: A Stationary Approach. *Psychotherapy Research*, 7 (2), 173-194.
- Schlenker, B. (1980). *Impression management: The self-concept, social identity, and interpersonal relations*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Schneider, W., Klauer, T., Janssen, P.L. & Tetzlaff, M. (1999). Zum Einfluß der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt*, 70, 240-249.
- Schütz, A., Richter, K., Köhler, M. & Schiepek, G. (1997). Self-presentation in client-therapist-interaction: a single case study. *Journal of social and clinical psychology*, 16 (4), 440-462.
- Seligmann, M. (1999). *Erlernte Hilflosigkeit* (4. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Sherry, S.B., Hewitt, P.L., Flett, G.L., Lee-Baggley, D.L. & Hall, P.A. (2007). Trait perfectionism and perfectionistic self-presentation in personality pathology. *Personality and Individual Differences*, 42, 477-490.
- Snyder, M. (1987). *Public appearances and private realities: The psychology of self-monitoring*. New York: Freeman.
- Sommers-Flanagan, J. & Bequette, T. (2013). The Initial Psychotherapy Interviews with Adolescent Clients. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 13-22.
- Sommers-Flanagan, J., Richardson, B.G., & Sommers-Flanagan, R. (2011). A multi-theoretical, Evidence-based approach for understanding and managing adolescent resistance to psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41 (2), 69-80.

- Streit, U. (2007). Einführung in die Geostatistik (Version 2.4). Institut für Geoinformatik der Universität Münster. Verfügbar unter: [http://ifgivor.uni-muenster.de/vorlesungen/Geostatistik/kap/kap\\_10/k10\\_4.htm](http://ifgivor.uni-muenster.de/vorlesungen/Geostatistik/kap/kap_10/k10_4.htm). Zugriff: 12.11.2013.
- Strunk, G. (2004). *Organisierte Komplexität*. Mikroprozess-Analysen der Interaktionsdynamik zweier Psychotherapien mit den Methoden der nichtlinearen Zeitreihenanalyse. Inaugural-Dissertation, Universität Bamberg.
- Strunk, G. & Schiepek, G. (2002). Dynamische Komplexität in der Therapeut-Klient-Interaktion. Therapieforschung aus dem Geiste der Musik. *Psychotherapeut*, 47, 291-300.
- Tellenbach, H. (1983). *Melancholie* (4.Aufl.). Berlin: Springer.
- Weary, G. & Williams, J.P. (1990). Depressive Self-Presentation: Beyond Self-Handicapping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68 (5), 892-898.
- Weltärztebund (1964). *Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki*. Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen. Verfügbar unter: [http://www.rwth-aachen.de/global/show\\_document.asp?id=aaaaaaaaaaddwnb](http://www.rwth-aachen.de/global/show_document.asp?id=aaaaaaaaaaddwnb). Zugriff: 18.09.2013.
- Wirtz, M. & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität*. Göttingen: Hogrefe.
- Zwerenz, R, Knickenberg, L., Schattenburg, M. & Beutel, E. (2005). Motivation zur psychosomatischen-psychotherapeutischen Bearbeitung von beruflichen Belastungen – Entwicklung und Validierung eines Fragebogens. *Rehabilitation*, 44 (1), 14-23.
- Zwingmann, C. & Wirtz, M. (2005). Regression zur Mittel. *Rehabilitätation*, 44, 244-251.

## 8 TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

**Tabellenverzeichnis**

|  |     |
|--|-----|
| Tabelle 2-1: Positive Selbstdarstellungstechniken nach Mummendey (1995).....   | 9   |
| Tabelle 2-2: Negative Selbstdarstellungstechniken nach Mummendey (1995).....   | 10  |
| Tabelle 2-3: Selbstdarstellungsbezogene Ober- und Unterpläne nach Strunk (2004), Oberpläne 1-5<br>.....  | 12  |
| Tabelle 2-4: Selbstdarstellungsbezogene Ober- und Unterpläne nach Strunk (2004), Oberpläne 6-7<br>.....  | 13  |
| Tabelle 2-5: Benennung der Selbstdarstellungskategorien mit Oberbegriffen (SD=<br>Selbstdarstellung).....  | 14  |
| Tabelle 2-6: Hypothesen der korrelativen Videographiestudie mit prospektiven Elementen.....  | 22  |
| Tabelle 3-1: Deskriptive Beschreibung der Untersuchungsteilnehmer (M/SD), N=80 .....   | 31  |
| Tabelle 3-2: Nebendiagnosen der Patienten nach ICD-10, Kapitel F (N=80) .....  | 35  |
| Tabelle 3-3: Deskriptive Statistik Unterstichprobe Rentenangabe (M/SD), N=49 .....   | 36  |
| Tabelle 3-4: Materialien der Studie im Überblick.....  | 37  |
| Tabelle 3-5: Skalen zum Anreiz und zur Therapiemotivation .....  | 38  |
| Tabelle 3-6: Beschreibung der sechs Skalen des FPTM nach Nübling et al. (2006, S.54) mit<br>Beispielitems .....  | 40  |
| Tabelle 3-7: Störungsbezogene Skalen .....   | 41  |
| Tabelle 3-8: Beschreibung der neun Beschwerdeskalen nach Derogatis und Melisaratos (1983) im<br>BSI .....  | 42  |
| Tabelle 3-9: Beschreibung der neun Beschwerdeskalen nach Derogatis und Melisaratos (1983) im<br>BSI - Fortsetzung .....  | 43  |
| Tabelle 3-10: Beschreibung der drei globale Beschwerdeindizes nach Derogatis und Melisaratos<br>(1983) im BSI.....   | 43  |
| Tabelle 3-11: Persönlichkeitsskalen.....   | 44  |
| Tabelle 3-12: Beschreibung der fünf Persönlichkeitsskalen des NEO-FFI nach Borkenau und<br>Ostendorf (2008) mit Beispielitems .....  | 45  |
| Tabelle 3-13: Beschreibung der fünf Persönlichkeitsskalen des NEO-FFI nach Borkenau und<br>Ostendorf (2008) mit Beispielitems - Fortsetzung.....                                       | 46  |
| Tabelle 3-14: Beschreibung der drei Skalen des Fragebogens Perfektionistische Selbstdarstellung<br>nach Renner (2011) .....  | 47  |
| Tabelle 3-15: Beschreibung der Skalen zur aquisitiven, protektiven und Persönlichkeitsdarstellung<br>nach Laux und Renner (2002) mit Beispielitems.....                                | 49  |
| Tabelle 3-16: Beschreibung der zwei Skalen des BIDR nach Musch et al. (2002) mit Beispielitems<br>.....  | 50  |
| Tabelle 3-17: Skalenstruktur der acht Skalen des STADI nach Laux et al. (2013) mit<br>Kurzbeschreibungen.....  | 52  |
| Tabelle 3-18: Obligatorische Bestandteile des stationären Aufnahmegesprächs.....   | 54  |
| Tabelle 3-19: Beschreibung der fünf Bestandteile des Videoratertrainings.....  | 70  |
| Tabelle 3-20: Beschreibung der fünf Bestandteile des Videoratertrainings - Fortsetzung.....  | 70  |
| Tabelle 3-21: Ablauf der Studie .....  | 73  |
| Tabelle 4-1: Beobachterübereinstimmung Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson (N=16) ....   | 87  |
| Tabelle 4-2: Beobachterübereinstimmung durch ICC Intra-Class-Correlations, justiert (n=16),<br>df=15 .....   | 88  |
| Tabelle 4-3: Deskriptive Statistik der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch in<br>Selbstdarstellungseinheiten (N=80) .....  | 98  |
| Tabelle 4-4: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien nach Strunk (2004), N=80 ..   | 106 |
| Tabelle 4-5: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit den<br>soziodemographischen Variablen Alter und Geschlecht (N=80).....                      | 107 |
| Tabelle 4-6: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien mit externem Anreiz,<br>Fragebogen Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose nach Löffler et al. (2008), n=49.... | 109 |

|   |     |
|---|-----|
| Tabelle 4-7: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit den sechs Skalen des Fragebogens zur Therapiemotivation (FPTM) nach Nübling (2006), N=80.....  | 112 |
| Tabelle 4-8: Korrelationen der fünf Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit dem BDI-II-Wert bei Aufnahme, der Erstmanifestation der Erkrankung in Jahren und der Aufenthaltsdauer in Tagen (N=80).....                             | 114 |
| Tabelle 4-9: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit den zwölf Skalen des Brief Symptom Inventory (BSI) nach Franke (2000), N=80 .....  | 115 |
| Tabelle 4-10: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit den fünf Skalen des NEO-FFI, N=80.....  | 118 |
| Tabelle 4-11: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit der Skala Perfektionistische Selbstdarstellung nach Renner (2011), N=80 .....   | 119 |
| Tabelle 4-12: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit den fünf Skalen der Fragebögen zur Aquisitiven (ASÜ), Protektiven (PSÜ) und Persönlichkeitsdarstellung (SPS) nach Laux und Renner (2002), N=80..... | 120 |
| Tabelle 4-13: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit dem State-Trait-Angst-Depressions-Inventar (STADI-State) nach Laux et al. (2013), N=80.....   | 121 |
| Tabelle 4-14: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit dem State-Trait-Angst-Depressions-Inventar (STADI-Trait) nach Laux et al. (2013), N=80 .....  | 122 |
| Tabelle 4-15: Korrelationen der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit der Sozialen Erwünschtheitsskala (BIDR) nach Musch et al. (2002), N=80 .....  | 123 |
| Tabelle 4-16: Zusammenfassung des Modells der multiplen Regressionsanalyse (Methode: Vorwärts) mit Prädiktorvariablen soziodemographische Merkmale auf die Selbstdarstellung, Gesamtstichprobe (N=80) .....                                     | 124 |
| Tabelle 4-17: Zusammenfassung des Modells der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit Prädiktorvariablen Anreiz auf die Selbstdarstellung, Unterstichprobe Rentenangabe, (n=49).....   | 125 |
| Tabelle 4-18: Deskriptive Statistik Patienten ohne und mit Rentenwunsch bei Entlassung im Patientenurteil, Unterstichprobe Rentenangabe (n=49) .....  | 126 |
| Tabelle 4-19: Partielle Korrelation der sieben Selbstdarstellungskategorien im Aufnahmegespräch mit externen Anreizvariablen aus Patientenangaben bei Entlassung .....  | 127 |
| Tabelle 4-20: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den Prädiktorvariablen Therapiemotivation, Gesamtstichprobe (N=80) .....   | 128 |
| Tabelle 4-21: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den störungsbezogenen Prädiktorvariablen Aufenthaltsdauer, Erkrankungsdauer und Depressivität, Gesamtstichprobe (N=80) .....                         | 129 |
| Tabelle 4-22: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den störungsbezogenen Prädiktorvariablen Symptombelastung (BSI), Gesamtstichprobe (N=80).....  | 131 |
| Tabelle 4-23: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den Prädiktorvariablen Big Five (NEO-FFI), Gesamtstichprobe (N=80) .....   | 133 |
| Tabelle 4-24: Zusammenfassung des Modells der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den Prädiktorvariablen Perfektionistische Selbstdarstellung, Gesamtstichprobe (N=80).....  | 134 |
| Tabelle 4-25: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Stufenweise) mit den Prädiktorvariablen aquisitive, protektive und authentische Selbstdarstellung, Gesamtstichprobe (N=80) .....                                   | 135 |
| Tabelle 4-26: Zusammenfassung der Modelle der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den Prädiktorvariablen State-Angst und -Depression (STADI), Gesamtstichprobe (N=80) .....  | 136 |
| Tabelle 4-27: Zusammenfassung des Modells der multiplen Regression (Methode: Vorwärts) mit den Prädiktorvariablen Trait-Angst und -Depression (STADI-Trait), Gesamtstichprobe (N=80). .....   | 137 |
| Tabelle 4-28: Zusammenfassung der Ergebnisse der Regressionsanalysen (Methode: Vorwärts) für die Variablenbereiche soziodemographische Merkmale, Anreiz und Therapiemotivation, Störung und Persönlichkeit, Gesamtstichprobe (N=80).....        | 139 |
| Tabelle 4-29: Ergebnisse der Regressionsanalysen (Methode: Stufenweise für die Gesamtvorhersagemodelle, Gesamtstichprobe (N=80).....  | 140 |
| Tabelle 4-30: Ergebnisse der univariaten Regressionen mit den sieben Selbstdarstellungskategorien als Prädiktorvariablen auf den Therapieerfolg (Verbesserung im BDI-II), Gesamtstichprobe (N=80) .....   | 143 |

|  |     |
|--|-----|
| Tabelle 4-31: Ergebnisse der univariaten Regressionen mit den sieben Selbstdarstellungskategorien als Prädiktorvariablen auf den Therapieerfolg (Verbesserung im GSI), Gesamtstichprobe (N=80)               | 144 |
| Tabelle 4-32: Ergebnisse der univariaten Regressionen mit den sieben Selbstdarstellungskategorien als Prädiktorvariablen auf den Therapieerfolg (Therapeuteneinschätzung), Gesamtstichprobe (N=80)           | 145 |
| Tabelle 4-33: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable Rentenwunsch auf den Therapieerfolg (Verbesserung im BDI-II), Unterstichprobe Rentenangabe (n=49)                 | 146 |
| Tabelle 4-34: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable Rentenwunsch auf den Therapieerfolg (Symptomreduktion Generelle Symptomatik), Unterstichprobe Rentenangabe (n=49) | 146 |
| Tabelle 4-35: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable Rentenwunsch auf den Therapieerfolg (Therapeuteneinschätzung), Unterstichprobe Rentenangabe (n=49)                | 147 |
| Tabelle 4-36: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable Depressivität auf den Therapieerfolg (Verbesserung im BDI-II), Gesamtstichprobe (N=80)                            | 148 |
| Tabelle 4-37: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable Depressivität auf den Therapieerfolg (Symptomreduktion Generelle Symptomatik), Gesamtstichprobe (N=80)            | 148 |
| Tabelle 4-38: Zusammenfassung des Modells der univariaten Regression mit Prädiktorvariable Depressivität auf den Therapieerfolg (Therapeuteneinschätzung), Gesamtstichprobe (N=80)                           | 149 |
| Tabelle 5-1: Charakteristika der Patienten aus der Einzelfallanalyse   | 158 |
| Tabelle 5-2: Klagende Selbstdarstellung des Patienten mit Rentenwunsch   | 160 |
| Tabelle 5-3: Klagende Selbstdarstellung des Patienten mit Rentenwunsch - Fortsetzung   | 161 |
| Tabelle 5-4: Klagende Selbstdarstellung des Patienten ohne Rentenwunsch  | 162 |

## Abbildungsverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 3-1: Stichprobenselektion   | 29  |
| Abbildung 3-2: Höchster beruflicher Abschluss (in Prozent, N=80)  | 32  |
| Abbildung 3-3: Letzte berufliche Tätigkeit (n=77)   | 32  |
| Abbildung 3-4: Derzeitige berufliche Tätigkeit (in Prozent, n=75)   | 33  |
| Abbildung 3-5: Hauptdiagnosen nach ICD-10, Kapitel F  | 34  |
| Abbildung 4-1: Fragebogen zur Therapiemotivation bei Aufnahme (M/SD, n=72)  | 89  |
| Abbildung 4-2: Beck Depressions-Inventar Revision bei Aufnahme (N=80)   | 90  |
| Abbildung 4-3: Brief Symptom Inventory bei Aufnahme (M/SD, N=80)  | 91  |
| Abbildung 4-4: NEO-Fünf-Faktoren-Inventar bei Aufnahme (M/SD, n=74)   | 92  |
| Abbildung 4-5: Fragebogen Perfektionistische Selbstdarstellung (M/SD, n=70)   | 93  |
| Abbildung 4-6: Fragebogen Aquisitive, Protektive und Persönlichkeitsdarstellung (M/SD, n=74)  | 94  |
| Abbildung 4-7: Unterskalen- Werte im State-Trait- Angst-Depressions-Inventar (M/SD, n=62)   | 96  |
| Abbildung 4-8: Gesamtskalen- Werte im State-Trait- Angst-Depressions-Inventar (M/SD, n=62)  | 97  |
| Abbildung 4-9: Selbstdarstellung bei Aufnahme über sieben Selbstdarstellungskategorien (M/SD, N=80)                                   | 99  |
| Abbildung 4-10: Unterpläne der Kategorie „I.Demonstriere Stärke und Kompetenzen“ (M, N=80)  | 100 |
| Abbildung 4-11: Unterpläne der Kategorie „II.Mach` deutlich, dass du es schwer hattest/hast“ (M, N=80)                                | 101 |
| Abbildung 4-12: Unterpläne der Kategorie „III.Sei eine gute Klientin/schaffe eine gute Beziehung zum Therapeuten (M, N=80)            | 101 |
| Abbildung 4-13: Unterpläne der Kategorie „IV.Zeige, dass dein Leiden stark fremdbeeinflusst ist (M, N=80)                             | 102 |
| Abbildung 4-14: Unterpläne der Kategorie „V.Fordere Hilfe vom Therapeuten (M, N=80)   | 102 |
| Abbildung 4-15: Unterpläne der Kategorie „VI.Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten – Teil 1(M, N=80) | 103 |

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 4-16: Unterpläne der Kategorie „VI. Zeige Interesse/Bereitschaft an der Lösung deiner Probleme zu arbeiten – Teil 2 (M, N=80) ..... | 103 |
| Abbildung 4-17: Unterpläne der Kategorie „VII. Schütze dich vor bedrohlichen Veränderungen (M, N=80) .....                                    | 104 |
| Abbildung 6-1: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die I. kompetenzorientierte Selbstdarstellung .....                                 | 177 |
| Abbildung 6-2: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die II. klagende Selbstdarstellung..  | 178 |
| Abbildung 6-3: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die III. freundlich-bezieh. Selbstdarstellung .....                                 | 179 |
| Abbildung 6-4: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die IV. externalisierungsorien. Selbstdarstellung .....                             | 180 |
| Abbildung 6-5: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die V. hilfeschuchende Selbstdarstellung .....                                      | 181 |
| Abbildung 6-6: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die VI. aktiv-lösungsorien. Selbstdarstellung .....                                 | 182 |
| Abbildung 6-7: Vorhersage Vorwärts-Regressionsanalyse für die VII. vermeidungsorient. Selbstdarstellung .....                                 | 183 |
| Abbildung 6-8: Zusammenfassung der Hauptergebnisse der vorliegenden Studie.....   | 187 |

## 9 VERZEICHNIS ANHANG

**Anhang****Anhang A: Methode**

Anhang A.1: Raterprotokoll

**Anhang B: Ergebnisse**

Anhang B.1: Zusammenhang der Selbstdarstellungskategorien

Anhang B.2: Zusammenhang soziodemographische Variablen und Selbstdarstellung

Anhang B.3: Zusammenhang Anreiz, Therapiemotivation und Selbstdarstellung

Anhang B.4: Zusammenhang störungsbezogene Variablen und Selbstdarstellung

Anhang B.5: Zusammenhang persönlichkeitsbezogene Variablen und Selbstdarstellung

Anhang B.6: Effekte soziodemographischer Merkmale auf die Selbstdarstellungskategorien

Anhang B.7: Effekte von Anreiz auf die Selbstdarstellungskategorien

Anhang B.8: Effekte von Therapiemotivation auf die Selbstdarstellungskategorien

Anhang B.9: Effekte störungsbezogener Variablen auf die Selbstdarstellungskategorien

Anhang B.10: Effekte persönlichkeitsbezogener Variablen auf die Selbstdarstellungskategorien

Anhang B.11: Gesamtmodell für die sieben Selbstdarstellungskategorien

Anhang B.12: Vorhersage von Therapieerfolg durch die sieben Selbstdarstellungskategorien



**Anhang B: Ergebnisse****Anhang B. 1: Zusammenhang der Selbstdarstellungskategorien**

Zusammenhang der Selbstdarstellungskategorien (Kap.4.3.1)

-Pearson-Korrelation

**Pearson-Korrelationen (zweiseitig)**

Imputationsnummer: Originaldaten

|   | I.kompetenz-orientierte SD | II.klagende SD | III.freundlich-beziehungsorientierte SD | IV.externalisierungsoorientierte SD | V.hilfesuchende SD | VI.aktiv-lösungsorientierte SD | VII.vermeidungsorientierte SD |
|---|----------------------------|----------------|---|-------------------------------------|--------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| I.kompetenzorientierte SD               | 1                          | ,109           | ,304**                                  | ,272                                | ,109               | ,478**                         | ,142                          |
| II.klagende SD                          | ,109                       | 1              | ,117                                    | ,365**                              | ,677**             | ,316**                         | ,116                          |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | ,304**                     | ,117           | 1                                       | ,208                                | ,276               | ,613**                         | ,340**                        |
| IV.externalisierungsoorientierte SD     | ,272                       | ,365**         | ,208                                    | 1                                   | ,336**             | ,376**                         | ,064                          |
| V.hilfesuchende SD                      | ,109                       | ,677**         | ,276                                    | ,336**                              | 1                  | ,556**                         | ,265                          |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | ,478**                     | ,316**         | ,613**                                  | ,376**                              | ,556**             | 1                              | ,205                          |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | ,142                       | ,116           | ,340**                                  | ,064                                | ,265               | ,205                           | 1                             |
| r                                       |                            | ,337           | ,006                                    | ,015                                | ,336               | ,000                           | ,209                          |
| sig.                                    |                            |                |   |                                     |                    |                                |                               |
| N                                       | 80                         | 80             | 80                                      | 80                                  | 80                 | 80                             | 80                            |

\*\*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Korrelation der Selbstdarstellungskategorien (Kap.4.3.1)  
-Spearman-Korrelation

**Spearman-Korrelationen (zweiseitig)**

Imputationsnummer: Originaldaten

|  | I.kompetenz-orientierte SD | II.klagende SD | III.freundlich-beziehungs-orientierte SD | IV.externalisiierungs-orientierte SD | V.hilfesuchende SD | VI.aktiv-lösungs-orientierte SD | VII.vermeidungsorientierte SD |
|--|----------------------------|----------------|--|--------------------------------------|--------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| roh                                      | 1,000                      | ,008           | ,290                                     | -,029                                | -,003              | ,400                            | ,092                          |
| sig                                      | .                          | ,942           | ,009                                     | ,801                                 | ,980               | ,000                            | ,417                          |
| N  | 80                         | 80             | 80                                       | 80                                   | 80                 | 80                              | 80                            |
| II.klagende SD                           | ,008                       | 1,000          | ,109                                     | ,327                                 | ,604               | ,144                            | ,247*                         |
|  | ,942                       | .              | ,334                                     | ,003                                 | ,000               | ,202                            | ,027                          |
|  | 80                         | 80             | 80                                       | 80                                   | 80                 | 80                              | 80                            |
| III.freundlich-beziehungs-orientierte SD | ,290                       | ,109           | 1,000                                    | ,153                                 | ,317               | ,645                            | ,515                          |
|  | ,009                       | ,334           | .  | ,175                                 | ,004               | ,000                            | ,000                          |
|  | 80                         | 80             | 80                                       | 80                                   | 80                 | 80                              | 80                            |
| IV.externalisiierungs-orientierte SD     | -,029                      | ,327           | ,153                                     | 1,000                                | ,279*              | ,307                            | ,047                          |
|  | ,801                       | ,003           | ,175                                     | .                                    | ,012               | ,006                            | ,682                          |
|  | 80                         | 80             | 80                                       | 80                                   | 80                 | 80                              | 80                            |
| V.hilfesuchende SD                       | -,003                      | ,604           | ,317                                     | ,279*                                | 1,000              | ,446                            | ,302                          |
|  | ,980                       | ,000           | ,004                                     | ,012                                 | .                  | ,000                            | ,006                          |
|  | 80                         | 80             | 80                                       | 80                                   | 80                 | 80                              | 80                            |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD           | ,400                       | ,144           | ,645                                     | ,307                                 | ,446               | 1,000                           | ,392                          |
|  | ,000                       | ,202           | ,000                                     | ,006                                 | ,000               | .                               | ,000                          |
|  | 80                         | 80             | 80                                       | 80                                   | 80                 | 80                              | 80                            |
| VII.vermeidungsorientierte SD            | ,092                       | ,247*          | ,515                                     | ,047                                 | ,302               | ,392                            | 1,000                         |
|  | ,417                       | ,027           | ,000                                     | ,682                                 | ,006               | ,000                            | .                             |
|  | 80                         | 80             | 80                                       | 80                                   | 80                 | 80                              | 80                            |

\*. Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig).

**Anhang B.2. Zusammenhang soziodemographische Variablen und Selbstdarstellung**

Zusammenhang soziodemographische Variablen und Selbstdarstellung (Kap.4.3.2):  
-Pearson-Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|   |                          | Alter | Geschlecht der Versuchsperson |
|---|--------------------------|-------|-------------------------------|
| I.kompetenzorientierte SD               | Korrelation nach Pearson | ,196  | -,128                         |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,082  | ,260                          |
|   | N                        | 80    | 80                            |
| II.klagende SD                          | Korrelation nach Pearson | ,171  | ,077                          |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,129  | ,499                          |
|   | N                        | 80    | 80                            |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | Korrelation nach Pearson | -,016 | -,049                         |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,887  | ,666                          |
|   | N                        | 80    | 80                            |
| IV.externalisierungsorientierte SD      | Korrelation nach Pearson | -,096 | ,093                          |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,399  | ,411                          |
|   | N                        | 80    | 80                            |
| V.hilfesuchende SD                      | Korrelation nach Pearson | -,060 | ,282                          |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,599  | ,011                          |
|   | N                        | 80    | 80                            |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,108 | ,119                          |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,342  | ,293                          |
|   | N                        | 80    | 80                            |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | Korrelation nach Pearson | -,115 | -,042                         |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,313  | ,711                          |
|   | N                        | 80    | 80                            |

Zusammenhang soziodemographische Variablen und Selbstdarstellung (Kap. 4.3.2):  
-Spearman-Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|              |   | Alter                   | Geschlecht<br>der Ver-<br>suchsperson |       |
|--------------|---|-------------------------|---------------------------------------|-------|
| Spearman-Rho | I.kompetenzorientierte SD               | Korrelationskoeffizient | ,173                                  | -,126 |
|              |   | Sig. (2-seitig)         | ,126                                  | ,265  |
|              |   | N                       | 80                                    | 80    |
|              | II.klagende SD                          | Korrelationskoeffizient | ,201                                  | ,108  |
|              |   | Sig. (2-seitig)         | ,073                                  | ,342  |
|              |   | N                       | 80                                    | 80    |
|              | III.freundlich-beziehungsorientierte SD | Korrelationskoeffizient | -,070                                 | -,039 |
|              |   | Sig. (2-seitig)         | ,537                                  | ,732  |
|              |   | N                       | 80                                    | 80    |
|              | IV.externalisierungsorientierte SD      | Korrelationskoeffizient | -,147                                 | ,041  |
|              |   | Sig. (2-seitig)         | ,193                                  | ,720  |
|              |   | N                       | 80                                    | 80    |
|              | V.hilfesuchende SD                      | Korrelationskoeffizient | -,050                                 | ,294  |
|              |   | Sig. (2-seitig)         | ,658                                  | ,008  |
|              |   | N                       | 80                                    | 80    |
|              | VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | Korrelationskoeffizient | -,110                                 | ,081  |
|              |   | Sig. (2-seitig)         | ,334                                  | ,474  |
|              |   | N                       | 80                                    | 80    |
|              | VII.vermeidungsorientierte SD           | Korrelationskoeffizient | -,038                                 | -,012 |
|              |   | Sig. (2-seitig)         | ,737                                  | ,913  |
|              |   | N                       | 80                                    | 80    |

**Anhang B.3: Zusammenhang Anreiz, Therapiemotivation und Selbstdarstellung**

Zusammenhang Anreiz mit den Selbstdarstellungskategorien (Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose) (Kap.4.3.3.1)

-Pearson-Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Originaldaten

|   |                          | Subjektive Erwerbsprognose | Rentenwunsch |
|---|--------------------------|----------------------------|--------------|
| I.kompetenzorientierte SD               | Korrelation nach Pearson | -,028                      | -,145        |
|   | Signifikanz (1-seitig)   | ,423                       | ,159         |
|   | N                        | 49                         | 49           |
| II.klagende SD                          | Korrelation nach Pearson | ,344                       | ,437         |
|   | Signifikanz (1-seitig)   | ,008                       | ,001         |
|   | N                        | 49                         | 49           |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | Korrelation nach Pearson | -,225                      | -,180        |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,120                       | ,216         |
|   | N                        | 49                         | 49           |
| IV.externalisierungsorientierte SD      | Korrelation nach Pearson | ,172                       | ,186         |
|   | Signifikanz (1-seitig)   | ,118                       | ,100         |
|   | N                        | 49                         | 49           |
| V.hilfesuchende SD                      | Korrelation nach Pearson | ,091                       | ,321         |
|   | Signifikanz (1-seitig)   | ,267                       | ,012         |
|   | N                        | 49                         | 49           |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,155                      | -,050        |
|   | Signifikanz (1-seitig)   | ,144                       | ,367         |
|   | N                        | 49                         | 49           |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | Korrelation nach Pearson | -,110                      | -,048        |
|   | Signifikanz (1-seitig)   | ,225                       | ,371         |
|   | N                        | 49                         | 49           |

Zusammenhang Anreiz mit den Selbstdarstellungskategorien (Rentenwunsch und subjektive Erwerbsprognose) (Kap. 4.3.3.1)

-Spearman –Korrelation

### Korrelationen

Imputationsnummer: Originaldaten

|              |   |                         | Subjektive Erwerbsprognose | Rentenwunsch |
|--------------|---|-------------------------|----------------------------|--------------|
| Spearman-Rho | I.kompetenz-orientierte SD              | Korrelationskoeffizient | ,004                       | -,127        |
|              |   | Sig. (1-seitig)         | ,488                       | ,192         |
|              |   | N                       | 49                         | 49           |
|              | II.klagende SD                          | Korrelationskoeffizient | ,262                       | ,392         |
|              |   | Sig. (1-seitig)         | ,035                       | ,003         |
|              |   | N                       | 49                         | 49           |
|              | III.freundlich-beziehungsorientierte SD | Korrelationskoeffizient | -,272                      | -,232        |
|              |   | Sig. (2-seitig)         | ,058                       | ,110         |
|              |   | N                       | 49                         | 49           |
|              | IV.externalisierungorientierte SD       | Korrelationskoeffizient | ,232                       | ,184         |
|              |   | Sig. (1-seitig)         | ,054                       | ,103         |
|              |   | N                       | 49                         | 49           |
|              | V.hilfesuchende SD                      | Korrelationskoeffizient | ,143                       | ,382         |
|              |   | Sig. (1-seitig)         | ,163                       | ,003         |
|              |   | N                       | 49                         | 49           |
|              | VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | Korrelationskoeffizient | -,170                      | -,075        |
|              |   | Sig. (1-seitig)         | ,122                       | ,303         |
|              |   | N                       | 49                         | 49           |
|              | VII.vermeidungsorientierte SD           | Korrelationskoeffizient | -,157                      | -,032        |
|              |   | Sig. (1-seitig)         | ,141                       | ,413         |
|              |   | N                       | 49                         | 49           |

Zusammenhang der Therapiemotivation mit den Selbstdarstellungskategorien (FPTM)  
 (Kap.4.3.3.2)  
 -Pearson-Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|  |                          | Psy-<br>chischer<br>Leidens-<br>druck | Hoffnung | Vernei-<br>nung<br>psychi-<br>scher<br>Hilfsbe-<br>dürftig-<br>keit | Wissen | Initiative | Sym-<br>tombe-<br>zogene<br>Zuwen-<br>dung<br>durch<br>Andere |
|--|--------------------------|---------------------------------------|----------|---|--------|------------|---|
| I.kompetenz-<br>orientierte SD                   | Korrelation nach Pearson | -,233                                 | ,184     | -,212   | ,119   | ,200       | -,077   |
|  | Signifikanz (1-seitig)   | ,019                                  | ,052     | ,029  | ,148   | ,038       | ,250  |
|  | N                        | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80  |
| II.klagende SD                                   | Korrelation nach Pearson | ,192                                  | -,007    | -,117   | ,013   | ,159       | -,137   |
|  | Signifikanz (1-seitig)   | ,044                                  | ,475     | ,151  | ,454   | ,080       | ,112  |
|  | N                        | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80  |
| III.freundlich-<br>beziehungsorien-<br>tierte SD | Korrelation nach Pearson | -,059                                 | -,047    | ,021  | -,008  | ,011       | ,044  |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,602                                  | ,683     | ,856  | ,943   | ,920       | ,698  |
|  | N                        | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80  |
| IV.externalisie-<br>rungsorientierte<br>SD       | Korrelation nach Pearson | ,078                                  | ,007     | -,126   | ,083   | ,190       | -,206   |
|  | Signifikanz (1-seitig)   | ,247                                  | ,475     | ,134  | ,231   | ,046       | ,033  |
|  | N                        | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80  |
| V.hilfesuchende<br>SD                            | Korrelation nach Pearson | ,193                                  | ,015     | -,059   | ,087   | ,061       | -,208   |
|  | Signifikanz (1-seitig)   | ,043                                  | ,450     | ,303  | ,222   | ,295       | ,032  |
|  | N                        | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80  |
| VI.aktiv-<br>lösungsorientierte<br>SD            | Korrelation nach Pearson | -,032                                 | ,032     | -,110   | ,138   | ,288       | -,163   |
|  | Signifikanz (1-seitig)   | ,391                                  | ,390     | ,165  | ,111   | ,005       | ,074  |
|  | N                        | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80  |
| VII.vermeidungs-<br>orientierte SD               | Korrelation nach Pearson | -,055                                 | ,064     | ,014  | ,076   | ,077       | ,198  |
|  | Signifikanz (1-seitig)   | ,314                                  | ,289     | ,452  | ,253   | ,250       | ,039  |
|  | N                        | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80  |

## Zusammenhang der Therapiemotivation mit den Selbstdarstellungskategorien (FPTM) (Kap.

## 4.3.3.2)

## -Spearman –Korrelation

## Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|   |                           | Psychi-<br>scher<br>Leidens-<br>druck | Hoffnung | Vernei-<br>nung psy-<br>chischer<br>Hilfsbe-<br>dürftigkeit | Wissen | Initiative | Symtom-<br>bezogene<br>Zuwen-<br>dung<br>durch<br>Andere |
|---|---------------------------|---------------------------------------|----------|---|--------|------------|--|
| I.kompetenz-<br>orientierte<br>SD               | Korrelation nach Spearman | -,173                                 | ,131     | -,207   | ,020   | ,264       | ,014   |
|   | Sig. (1-seitig)           | ,063                                  | ,124     | ,033  | ,430   | ,009       | ,453   |
|   | N                         | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80   |
| II.klagende<br>SD                               | Korrelation nach Spearman | ,151                                  | ,008     | -,126   | -,004  | ,177       | -,066  |
|   | Sig. (1-seitig)           | ,091                                  | ,472     | ,133  | ,485   | ,059       | ,282   |
|   | N                         | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80   |
| III.freundlich-<br>beziehungso-<br>rientierteSD | Korrelation nach Spearman | -,095                                 | -,060    | ,023  | -,029  | ,056       | ,051   |
|   | Sig. (2-seitig)           | ,404                                  | ,596     | ,837  | ,796   | ,626       | ,653   |
|   | N                         | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80   |
| IV.externalisi-<br>erungsorien-<br>tierte SD    | Korrelation nach Spearman | ,088                                  | -,032    | -,053   | -,014  | ,197       | -,149  |
|   | Sig. (1-seitig)           | ,220                                  | ,390     | ,321  | ,449   | ,040       | ,094   |
|   | N                         | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80   |
| V.hilfesuchen-<br>de SD                         | Korrelation nach Spearman | ,170                                  | -,016    | ,033  | ,037   | ,066       | -,148  |
|   | Sig. (1-seitig)           | ,066                                  | ,444     | ,385  | ,371   | ,281       | ,095   |
|   | N                         | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80   |
| VI.aktiv-<br>lösungsorien-<br>tierte SD         | Korrelation nach Spearman | -,051                                 | ,052     | -,025   | ,115   | ,348       | -,105  |
|   | Sig. (1-seitig)           | ,327                                  | ,324     | ,415  | ,156   | ,001       | ,177   |
|   | N                         | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80   |
| VII.vermei-<br>dungsorien-<br>tierte SD         | Korrelation nach Spearman | -,089                                 | ,114     | ,030  | ,015   | -,061      | ,321   |
|   | Sig. (1-seitig)           | ,216                                  | ,157     | ,396  | ,448   | ,296       | ,002   |
|   | N                         | 80                                    | 80       | 80  | 80     | 80         | 80   |

**Zusammenhang B. 4: Zusammenhang störungsbezogene Variablen und Selbstdarstellung**

Zusammenhang der störungsbezogenen Variablen BDI-Wert bei Aufnahme und Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation mit den Selbstdarstellungskategorien (Kap.4.3.4)

-Pearson-Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|   |                          | BDI-<br>Aufnahme | Erkrankungs-<br>dauer | Aufent-<br>haltsdauer |
|---|--------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|
| I.kompetenzorientierte SD               | Korrelation nach Pearson | -,268            | -,026                 | -,009                 |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,016             | ,823                  | ,935                  |
|   | N                        | 80               | 80                    | 80                    |
| II.klagende SD                          | Korrelation nach Pearson | ,157             | ,207                  | ,136                  |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,164             | ,067                  | ,231                  |
|   | N                        | 80               | 80                    | 80                    |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | Korrelation nach Pearson | ,024             | -,021                 | ,019                  |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,836             | ,852                  | ,867                  |
|   | N                        | 80               | 80                    | 80                    |
| IV.externalisierungsorientierte SD      | Korrelation nach Pearson | -,047            | -,088                 | ,171                  |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,682             | ,441                  | ,129                  |
|   | N                        | 80               | 80                    | 80                    |
| V.hilfesuchende SD                      | Korrelation nach Pearson | ,129             | ,160                  | ,225                  |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,255             | ,158                  | ,045                  |
|   | N                        | 80               | 80                    | 80                    |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,046            | -,098                 | ,165                  |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,685             | ,390                  | ,143                  |
|   | N                        | 80               | 80                    | 80                    |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | Korrelation nach Pearson | -,003            | -,019                 | ,057                  |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,977             | ,865                  | ,616                  |
|   | N                        | 80               | 80                    | 80                    |

Zusammenhang der störungsbezogenen Variablen BDI-Wert bei Aufnahme und Dauer der Erkrankung seit Erstmanifestation mit den Selbstdarstellungskategorien (Kap. 4.3.4)

-Spearman-Korrelation

### Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|   |                           | BDI-<br>Aufnahme | Erkrankungs-<br>dauer | Aufenthalts-<br>dauer |
|---|---------------------------|------------------|-----------------------|-----------------------|
| I.kompetenzorientierte SD               | Korrelation nach Spearman | -,214            | -,043                 | -,029                 |
|   | Sig. (2-seitig)           | ,057             | ,709                  | ,796                  |
|   | N                         | 80               | 80                    | 80                    |
| II.klagende SD                          | Korrelation nach Spearman | ,162             | ,244                  | ,113                  |
|   | Sig. (2-seitig)           | ,152             | ,030                  | ,321                  |
|   | N                         | 80               | 80                    | 80                    |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | Korrelation nach Spearman | ,008             | -,119                 | ,027                  |
|   | Sig. (2-seitig)           | ,943             | ,296                  | ,815                  |
|   | N                         | 80               | 80                    | 80                    |
| IV.externalisierungsorientierte SD      | Korrelation nach Spearman | -,015            | ,057                  | ,124                  |
|   | Sig. (2-seitig)           | ,894             | ,617                  | ,275                  |
|   | N                         | 80               | 80                    | 80                    |
| V.hilfesuchende SD                      | Korrelation nach Spearman | ,115             | ,221                  | ,173                  |
|   | Sig. (2-seitig)           | ,310             | ,050                  | ,125                  |
|   | N                         | 80               | 80                    | 80                    |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | Korrelation nach Spearman | -,102            | -,032                 | ,147                  |
|   | Sig. (2-seitig)           | ,369             | ,782                  | ,195                  |
|   | N                         | 80               | 80                    | 80                    |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | Korrelation nach Spearman | -,009            | -,084                 | -,160                 |
|   | Sig. (2-seitig)           | ,934             | ,463                  | ,158                  |
|   | N                         | 80               | 80                    | 80                    |

Zusammenhang der störungsbezogenen Variablen des BSI mit den Selbstdarstellungskategorien  
(Kap. 4.3.4)

-Pearson-Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|  |                          | Somati-<br>sierung | Zwang-<br>haftigkeit | Soziale<br>Unsicher-<br>heit | Depres-<br>sivität | Ängst-<br>lichkeit | Phobi-<br>sche<br>Angst |
|--|--------------------------|--------------------|----------------------|------------------------------|--------------------|--------------------|-------------------------|
| I.kompetenz-<br>orientierte SD                   | Korrelation nach Pearson | -,174              | -,271                | -,243                        | -,265              | -,139              | -,258                   |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,122               | ,015                 | ,029                         | ,017               | ,220               | ,021                    |
|  | N                        | 80                 | 80                   | 80                           | 80                 | 80                 | 80                      |
| II.klagende<br>SD                                | Korrelation nach Pearson | ,139               | ,238                 | ,122                         | ,220               | ,179               | ,184                    |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,219               | ,033                 | ,284                         | ,049               | ,112               | ,102                    |
|  | N                        | 80                 | 80                   | 80                           | 80                 | 80                 | 80                      |
| III.freundlich-<br>beziehungs-<br>orientierte SD | Korrelation nach Pearson | -,260              | -,138                | -,160                        | -,014              | -,091              | -,014                   |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,019               | ,223                 | ,156                         | ,904               | ,421               | ,901                    |
|  | N                        | 80                 | 80                   | 80                           | 80                 | 80                 | 80                      |
| IV.externalisi-<br>erungs-<br>orientierte SD     | Korrelation nach Pearson | -,144              | -,077                | -,053                        | ,150               | ,036               | ,002                    |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,204               | ,497                 | ,641                         | ,184               | ,751               | ,988                    |
|  | N                        | 80                 | 80                   | 80                           | 80                 | 80                 | 80                      |
| V.hilfesuchen<br>de SD                           | Korrelation nach Pearson | -,021              | ,141                 | ,041                         | ,132               | ,097               | ,045                    |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,852               | ,212                 | ,720                         | ,243               | ,392               | ,695                    |
|  | N                        | 80                 | 80                   | 80                           | 80                 | 80                 | 80                      |
| VI.aktiv-<br>lösungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,182              | -,082                | -,129                        | -,015              | -,045              | -,142                   |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,111               | ,475                 | ,260                         | ,894               | ,699               | ,216                    |
|  | N                        | 78                 | 78                   | 78                           | 78                 | 78                 | 78                      |
| VII.vermei-<br>dungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,242              | -,009                | -,087                        | -,017              | ,047               | ,063                    |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,031               | ,935                 | ,443                         | ,879               | ,680               | ,581                    |
|  | N                        | 80                 | 80                   | 80                           | 80                 | 80                 | 80                      |

## Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|  |                          | Phobische<br>Angst | Misstrau-<br>ischer<br>Denkstil | Entfrem-<br>dungserle-<br>ben | GSI   | PST   | PSDI  |
|--|--------------------------|--------------------|---------------------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|
| I.kompetenz-<br>orientierte SD                   | Korrelation nach Pearson | -,232              | -,192                           | -,165                         | -,260 | -,283 | -,154 |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,038               | ,087                            | ,144                          | ,020  | ,011  | ,173  |
|  | N                        | 80                 | 80                              | 80                            | 80    | 80    | 80    |
| II.klagende<br>SD                                | Korrelation nach Pearson | ,077               | ,131                            | ,258                          | ,202  | ,166  | ,226  |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,501               | ,249                            | ,021                          | ,072  | ,140  | ,043  |
|  | N                        | 80                 | 80                              | 80                            | 80    | 80    | 80    |
| III.freundlich-<br>beziehungs-<br>orientierte SD | Korrelation nach Pearson | -,049              | -,191                           | -,086                         | -,099 | -,132 | -,030 |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,669               | ,090                            | ,452                          | ,381  | ,242  | ,793  |
|  | N                        | 80                 | 80                              | 80                            | 80    | 80    | 80    |
| IV.externalisi-<br>erungso-<br>rientierte SD     | Korrelation nach Pearson | -,003              | ,140                            | ,042                          | ,002  | -,018 | ,064  |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,982               | ,218                            | ,711                          | ,984  | ,874  | ,574  |
|  | N                        | 80                 | 80                              | 80                            | 80    | 80    | 80    |
| V.hilfesuchen<br>de SD                           | Korrelation nach Pearson | ,057               | ,063                            | ,214                          | ,123  | ,106  | ,142  |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,615               | ,579                            | ,057                          | ,277  | ,349  | ,210  |
|  | N                        | 80                 | 80                              | 80                            | 80    | 80    | 80    |
| VI.aktiv-<br>lösungs-<br>orientierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,060              | -,139                           | ,029                          | -,106 | -,145 | -,017 |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,605               | ,227                            | ,803                          | ,358  | ,205  | ,886  |
|  | N                        | 78                 | 78                              | 78                            | 78    | 78    | 78    |
| VII.vermei-<br>dungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,030              | -,019                           | -,001                         | -,024 | -,058 | ,045  |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,790               | ,869                            | ,994                          | ,832  | ,611  | ,695  |
|  | N                        | 80                 | 80                              | 80                            | 80    | 80    | 80    |

Zusammenhang der störungsbezogenen Variablen des BSI mit den Selbstdarstellungskategorien  
(Kap. 4.3.4)

-Spearman-Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|                 |                 | Somatisie-<br>rung | Zwang-<br>haftigkeit | Soziale Unsi-<br>cherheit | Depressivi-<br>tät | Ängst-<br>lichkeit | Aggres-<br>sivität |
|-----------------|-----------------|--------------------|----------------------|---------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| I.kompetenz-    | rho             | -,088              | -,209                | -,162                     | -,214              | -,065              | -,276              |
| orientierte     | Sig. (2-seitig) | ,440               | ,063                 | ,151                      | ,056               | ,566               | ,013               |
| SD              | N               | 80                 | 80                   | 80                        | 80                 | 80                 | 80                 |
| II.klagende     | rho             | ,118               | ,263                 | ,138                      | ,245               | ,209               | ,194               |
| SD              | Sig. (2-seitig) | ,299               | ,018                 | ,224                      | ,028               | ,063               | ,084               |
|                 | N               | 80                 | 80                   | 80                        | 80                 | 80                 | 80                 |
| III.freundlich- | rho             | -,394              | -,243                | -,230                     | -,055              | -,106              | -,059              |
| beziehungs-     | Sig. (2-seitig) | ,000               | ,030                 | ,040                      | ,631               | ,352               | ,605               |
| orientierte     | N               | 80                 | 80                   | 80                        | 80                 | 80                 | 80                 |
| SD              |                 |                    |                      |                           |                    |                    |                    |
| IV.externalisi- | rho             | -,128              | -,015                | -,031                     | ,114               | ,046               | ,007               |
| sierungso-      | Sig. (2-seitig) | ,260               | ,895                 | ,782                      | ,316               | ,686               | ,949               |
| orientierte     | N               | 80                 | 80                   | 80                        | 80                 | 80                 | 80                 |
| SD              |                 |                    |                      |                           |                    |                    |                    |
| V.hilfesuchen   | rho             | -,055              | ,095                 | ,042                      | ,139               | ,048               | ,002               |
| de              | Sig. (2-seitig) | ,629               | ,404                 | ,714                      | ,218               | ,676               | ,989               |
| SD              | N               | 80                 | 80                   | 80                        | 80                 | 80                 | 80                 |
| VI.aktiv-       | rho             | -,269              | -,244                | -,185                     | -,041              | -,141              | -,235              |
| lösungsorien-   | Sig. (2-seitig) | ,017               | ,031                 | ,105                      | ,723               | ,219               | ,038               |
| tierte          | N               | 78                 | 78                   | 78                        | 78                 | 78                 | 78                 |
| SD              |                 |                    |                      |                           |                    |                    |                    |
| VII.vermei-     | rho             | -,332              | -,114                | -,174                     | -,004              | ,022               | -,053              |
| dungsorien-     | Sig. (2-seitig) | ,002               | ,314                 | ,123                      | ,971               | ,850               | ,640               |
| tierte          | N               | 80                 | 80                   | 80                        | 80                 | 80                 | 80                 |
| SD              |                 |                    |                      |                           |                    |                    |                    |

## Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|                 |                 | Phobische<br>Angst | Misstrau-<br>ischer Denk-<br>stil | Entfrem-<br>dungs-<br>erleben | GSI   | PST   | PSDI  |
|-----------------|-----------------|--------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-------|-------|-------|
| I.kompetenz-    | rho             | -,140              | -,207                             | -,097                         | -,221 | -,231 | -,108 |
| orientierte     | Sig. (2-seitig) | ,217               | ,066                              | ,392                          | ,048  | ,039  | ,343  |
| SD              | N               | 80                 | 80                                | 80                            | 80    | 80    | 80    |
| II.klagende     | rho             | ,092               | ,241                              | ,245                          | ,279  | ,186  | ,240  |
| SD              | Sig. (2-seitig) | ,419               | ,031                              | ,028                          | ,012  | ,098  | ,032  |
|                 | N               | 80                 | 80                                | 80                            | 80    | 80    | 80    |
| III.freundlich- | rho             | -,075              | -,266                             | -,184                         | -,220 | -,269 | -,101 |
| beziehungs-     | Sig. (2-seitig) | ,508               | ,017                              | ,103                          | ,049  | ,016  | ,372  |
| orientierte     | N               | 80                 | 80                                | 80                            | 80    | 80    | 80    |
| SD              |                 |                    |                                   |                               |       |       |       |
| IV.externalisi- | rho             | ,047               | ,161                              | -,013                         | -,025 | ,007  | ,016  |
| sierungso-      | Sig. (2-seitig) | ,683               | ,153                              | ,908                          | ,825  | ,954  | ,891  |
| orientierte     | N               | 80                 | 80                                | 80                            | 80    | 80    | 80    |
| SD              |                 |                    |                                   |                               |       |       |       |
| V.hilfesuchen   | rho             | ,011               | ,117                              | ,208                          | ,140  | ,120  | ,116  |
| de SD           | Sig. (2-seitig) | ,926               | ,301                              | ,065                          | ,215  | ,289  | ,308  |
|                 | N               | 80                 | 80                                | 80                            | 80    | 80    | 80    |
| VI.aktiv-       | rho             | -,112              | -,171                             | -,054                         | -,207 | -,238 | -,117 |
| lösungsori-     | Sig. (2-seitig) | ,329               | ,135                              | ,640                          | ,069  | ,036  | ,308  |
| entente SD      | N               | 78                 | 78                                | 78                            | 78    | 78    | 78    |
| VII.vermei-     | rho             | -,066              | -,044                             | -,076                         | -,093 | -,167 | -,018 |
| dungsorien-     | Sig. (2-seitig) | ,561               | ,701                              | ,506                          | ,414  | ,140  | ,875  |
| tierte SD       | N               | 80                 | 80                                | 80                            | 80    | 80    | 80    |

**Anhang B.5: Zusammenhang persönlichkeitsbezogene Variablen und Selbstdarstellung**

Zusammenhang persönlichkeitsbezogene Variablen und Selbstdarstellung (NEO-FFI) (Kap.4.3.5):  
-Pearson-Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|  |                          | Neuroti-<br>zismus | Extraversion | Offenheit<br>für<br>Erfahrung | Verträg-<br>lichkeit | Gewissen-<br>haftigkeit |
|--|--------------------------|--------------------|--------------|-------------------------------|----------------------|-------------------------|
| I.kompetenz-<br>orientierte SD                   | Korrelation nach Pearson | -,347              | ,119         | ,145                          | -,011                | ,109                    |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,002               | ,297         | ,201                          | ,924                 | ,345                    |
|  | N                        | 80                 | 80           | 80                            | 80                   | 80                      |
| II.klagende<br>SD                                | Korrelation nach Pearson | ,011               | -,083        | -,076                         | -,121                | -,182                   |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,924               | ,469         | ,503                          | ,288                 | ,111                    |
|  | N                        | 80                 | 80           | 80                            | 80                   | 80                      |
| III.freundlich-<br>beziehungs-<br>orientierte SD | Korrelation nach Pearson | -,164              | ,069         | -,184                         | -,024                | ,043                    |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,153               | ,547         | ,107                          | ,837                 | ,707                    |
|  | N                        | 80                 | 80           | 80                            | 80                   | 80                      |
| IV.externalisi-<br>erungso-<br>rientierte SD     | Korrelation nach Pearson | ,000               | ,060         | ,016                          | -,038                | ,039                    |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,998               | ,609         | ,890                          | ,745                 | ,742                    |
|  | N                        | 80                 | 80           | 80                            | 80                   | 80                      |
| V.hilfesuchen-<br>de SD                          | Korrelation nach Pearson | ,014               | ,052         | -,021                         | -,163                | -,027                   |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,901               | ,651         | ,856                          | ,153                 | ,815                    |
|  | N                        | 80                 | 80           | 80                            | 80                   | 80                      |
| VI.aktiv-<br>lösungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,252              | ,085         | ,034                          | -,136                | ,075                    |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,028               | ,478         | ,774                          | ,243                 | ,521                    |
|  | N                        | 78                 | 78           | 78                            | 78                   | 78                      |
| VII.vermei-<br>dungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,125              | -,060        | -,108                         | -,095                | ,088                    |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,278               | ,601         | ,346                          | ,420                 | ,445                    |
|  | N                        | 80                 | 80           | 80                            | 80                   | 80                      |

Zusammenhang persönlichkeitsbezogene Variablen und Selbstdarstellung (NEO-FFI)(Kap. 4.3.5):  
-Spearman –Korrelation

### Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|                 |                 | Neuro-<br>tizismus | Extraversion | Offenheit<br>für Erfah-<br>rung | Verträglichkeit | Gewissen-<br>haftigkeit |
|-----------------|-----------------|--------------------|--------------|---------------------------------|-----------------|-------------------------|
| I.kompetenz-    | rho             | -,290              | ,155         | ,150                            | ,016            | -,014                   |
| orientierte     | Sig. (2-seitig) | ,010               | ,180         | ,191                            | ,891            | ,903                    |
| SD              | N               | 80                 | 80           | 80                              | 80              | 80                      |
| II.klagende     | rho             | ,071               | ,037         | -,064                           | -,072           | -,050                   |
| SD              | Sig. (2-seitig) | ,532               | ,754         | ,575                            | ,528            | ,667                    |
|                 | N               | 80                 | 80           | 80                              | 80              | 80                      |
| III.freundlich- | rho             | -,208              | ,072         | -,139                           | -,031           | ,028                    |
| beziehungs-     | Sig. (2-seitig) | ,068               | ,531         | ,231                            | ,793            | ,806                    |
| orientierte     | N               | 80                 | 80           | 80                              | 80              | 80                      |
| SD              |                 |                    |              |                                 |                 |                         |
| IV.externalisi- | rho             | ,117               | ,088         | -,102                           | -,065           | ,012                    |
| sierungso-      | Sig. (2-seitig) | ,313               | ,456         | ,378                            | ,586            | ,924                    |
| rientierte SD   | N               | 80                 | 80           | 80                              | 80              | 80                      |
| V.hilfesuchen   | rho             | ,140               | ,097         | ,001                            | -,163           | ,033                    |
| de SD           | Sig. (2-seitig) | ,218               | ,405         | ,991                            | ,158            | ,772                    |
|                 | N               | 80                 | 80           | 80                              | 80              | 80                      |
| VI.aktiv-       | rho             | -,208              | ,132         | ,068                            | -,117           | ,093                    |
| lösungsorien-   | Sig. (2-seitig) | ,072               | ,266         | ,571                            | ,317            | ,426                    |
| tierte SD       | N               | 78                 | 78           | 78                              | 78              | 78                      |
| VII.vermei-     | rho             | -,110              | -,133        | -,039                           | -,094           | ,087                    |
| dungsorien-     | Sig. (2-seitig) | ,339               | ,252         | ,732                            | ,426            | ,456                    |
| tierte SD       | N               | 80                 | 80           | 80                              | 80              | 80                      |

Zusammenhang persönlichkeitsbezogene Variablen und Selbstdarstellung (PSPS) (Kap. 4.3.5):  
-Pearson-Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|   |                          | Perfektionistische<br>Eigenwerbung | Vermeiden<br>von<br>Imperfektion | Verschweigen<br>von<br>Imperfektion |
|---|--------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| I.kompetenzorientierte<br>SD                | Korrelation nach Pearson | -,099                              | -,220                            | -,274                               |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,385                               | ,050                             | ,014                                |
|   | N                        | 80                                 | 80                               | 80                                  |
| II.klagende SD                              | Korrelation nach Pearson | -,111                              | ,029                             | -,106                               |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,329                               | ,798                             | ,352                                |
|   | N                        | 80                                 | 80                               | 80                                  |
| III.freundlich-<br>beziehungsorientierte SD | Korrelation nach Pearson | -,003                              | -,007                            | -,190                               |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,982                               | ,951                             | ,095                                |
|   | N                        | 80                                 | 80                               | 80                                  |
| IV.externalisierungs-<br>orientierte SD     | Korrelation nach Pearson | ,094                               | ,191                             | ,081                                |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,408                               | ,091                             | ,481                                |
|   | N                        | 80                                 | 80                               | 80                                  |
| V.hilfesuchende SD                          | Korrelation nach Pearson | -,163                              | ,024                             | -,019                               |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,151                               | ,836                             | ,866                                |
|   | N                        | 80                                 | 80                               | 80                                  |
| VI.aktiv-<br>lösungsorientierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,105                              | -,077                            | -,163                               |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,365                               | ,507                             | ,162                                |
|   | N                        | 78                                 | 78                               | 78                                  |
| VII.vermeidungs-<br>orientierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,054                              | -,035                            | -,029                               |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,638                               | ,758                             | ,803                                |
|   | N                        | 80                                 | 80                               | 80                                  |

Zusammenhang persönlichkeitsbezogene Variablen und Selbstdarstellung (PSPS) (Kap. 4.3.5):  
-Spearman –Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|                 |                           | Perfektionistische<br>Eigenwerbung | Vermeiden<br>Von<br>Imperfektion | Verschweigen<br>von<br>Imperfektion |
|-----------------|---------------------------|------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| I.kompetenz-    | Korrelation nach Spearman | -,069                              | -,171                            | -,296                               |
| orientierte     | Sig. (2-seitig)           | ,549                               | ,132                             | ,008                                |
| SD              | N                         | 80                                 | 80                               | 80                                  |
| II.klagende     | Korrelation nach Spearman | -,076                              | ,041                             | -,008                               |
| SD              | Sig. (2-seitig)           | ,511                               | ,720                             | ,945                                |
|                 | N                         | 80                                 | 80                               | 80                                  |
| III.freundlich- | Korrelation nach Spearman | -,013                              | -,042                            | -,230                               |
| beziehungs-     | Sig. (2-seitig)           | ,908                               | ,711                             | ,043                                |
| orientierte     | N                         | 80                                 | 80                               | 80                                  |
| SD              |                           |                                    |                                  |                                     |
| IV.externalisi- | Korrelation nach Spearman | ,116                               | ,279                             | ,156                                |
| sierungsori-    | Sig. (2-seitig)           | ,310                               | ,012                             | ,176                                |
| entzierte SD    | N                         | 80                                 | 80                               | 80                                  |
| V.hilfesuchen-  | Korrelation nach Spearman | -,110                              | ,099                             | ,055                                |
| de SD           | Sig. (2-seitig)           | ,336                               | ,385                             | ,634                                |
|                 | N                         | 80                                 | 80                               | 80                                  |
| VI.aktiv-       | Korrelation nach Spearman | -,075                              | ,000                             | -,098                               |
| lösungsorien-   | Sig. (2-seitig)           | ,518                               | ,999                             | ,410                                |
| tierte SD       | N                         | 78                                 | 78                               | 78                                  |
| VII.vermei-     | Korrelation nach Spearman | -,065                              | -,076                            | -,100                               |
| dungsorien-     | Sig. (2-seitig)           | ,574                               | ,505                             | ,384                                |
| tierte SD       | N                         | 80                                 | 80                               | 80                                  |

Zusammenhang der Aquisitativen (ASÜ), Protektiven (PSÜ), Persönlichkeitsdarstellung (SPS) und Selbstdarstellung (Kap. 4.3.5):  
-Pearson-Korrelation

### Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|  |                          | Selbst-<br>darstel-<br>lungskom-<br>petenz | Wahr-<br>nehmungs-<br>sensibilität | Protektive<br>Variabilität | Protektiver<br>sozialer<br>Vergleich | Persönlich-<br>keitsdar-<br>stellung (Au-<br>thentizität) |
|--|--------------------------|--|------------------------------------|----------------------------|--------------------------------------|---|
| I.kompetenz-<br>orientierte SD                   | Korrelation nach Pearson | ,264                                       | -,011                              | -,108                      | -,138                                | ,202  |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,018                                       | ,923                               | ,341                       | ,225                                 | ,073  |
|  | N                        | 80   | 80                                 | 80                         | 80                                   | 80  |
| II.klagende<br>SD                                | Korrelation nach Pearson | -,086                                      | -,141                              | -,035                      | ,013                                 | ,090  |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,449                                       | ,215                               | ,758                       | ,910                                 | ,431  |
|  | N                        | 80   | 80                                 | 80                         | 80                                   | 80  |
| III.freundlich-<br>beziehungs-<br>orientierte SD | Korrelation nach Pearson | ,087                                       | -,026                              | -,112                      | -,065                                | ,008  |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,450                                       | ,821                               | ,327                       | ,578                                 | ,944  |
|  | N                        | 80   | 80                                 | 80                         | 80                                   | 80  |
| IV.externalisi-<br>erungso-<br>rientierte SD     | Korrelation nach Pearson | ,043                                       | ,145                               | ,051                       | ,006                                 | -,078   |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,710                                       | ,201                               | ,655                       | ,962                                 | ,494  |
|  | N                        | 80   | 80                                 | 80                         | 80                                   | 80  |
| V.hilfesuchen-<br>de SD                          | Korrelation nach Pearson | -,104                                      | -,090                              | -,127                      | ,013                                 | ,058  |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,361                                       | ,431                               | ,264                       | ,909                                 | ,610  |
|  | N                        | 80   | 80                                 | 80                         | 80                                   | 80  |
| VI.aktiv-<br>lösungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | ,164                                       | ,017                               | -,091                      | -,095                                | ,115  |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,166                                       | ,882                               | ,438                       | ,427                                 | ,324  |
|  | N                        | 78   | 78                                 | 78                         | 78                                   | 78  |
| VII.vermeid-<br>ungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,110                                      | -,060                              | -,105                      | -,077                                | -,083   |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,333                                       | ,597                               | ,357                       | ,497                                 | ,465  |
|  | N                        | 80   | 80                                 | 80                         | 80                                   | 80  |

Zusammenhang der Aquisitiven (ASÜ), Protektiven (PSÜ), Persönlichkeitsdarstellung (SPS) und Selbstdarstellung (Kap.4.3.5):

-Spearman –Korrelation

### Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|                                      |                 | Selbstdarstellungskompetenz | Wahrnehmungsensibilität | Protektive Variabilität | Protektiver sozialer Vergleich | Persönlichkeitsdarstellung (Authentizität) |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------------|--|
| I.kompetenzorientierte               | rho             | ,308                        | -,002                   | -,080                   | -,159                          | ,151                                       |
|                                      | Sig. (2-seitig) | ,005                        | ,986                    | ,484                    | ,165                           | ,182                                       |
|                                      | SD              | 80                          | 80                      | 80                      | 80                             | 80   |
| II.klagende                          | rho             | -,183                       | -,098                   | ,005                    | ,041                           | ,125                                       |
|                                      | Sig. (2-seitig) | ,108                        | ,395                    | ,966                    | ,724                           | ,274                                       |
|                                      | N               | 80                          | 80                      | 80                      | 80                             | 80   |
| III.freundlich-beziehungsorientierte | rho             | ,118                        | -,053                   | -,139                   | -,192                          | -,035                                      |
|                                      | Sig. (2-seitig) | ,303                        | ,645                    | ,225                    | ,097                           | ,762                                       |
|                                      | N               | 80                          | 80                      | 80                      | 80                             | 80   |
| IV.externalisierungsorientierte      | rho             | ,053                        | ,183                    | ,118                    | ,044                           | -,154                                      |
|                                      | Sig. (2-seitig) | ,653                        | ,111                    | ,313                    | ,704                           | ,180                                       |
|                                      | N               | 80                          | 80                      | 80                      | 80                             | 80   |
| V.hilfesuchende                      | rho             | -,162                       | -,100                   | -,020                   | ,065                           | ,011                                       |
|                                      | Sig. (2-seitig) | ,154                        | ,387                    | ,864                    | ,579                           | ,925                                       |
|                                      | N               | 80                          | 80                      | 80                      | 80                             | 80   |
| VI.aktiv-lösungsorientierte          | rho             | ,146                        | ,041                    | -,053                   | -,126                          | ,038                                       |
|                                      | Sig. (2-seitig) | ,225                        | ,730                    | ,652                    | ,289                           | ,749                                       |
|                                      | N               | 78                          | 78                      | 78                      | 78                             | 78   |
| VII.vermeidungsorientierte           | rho             | -,181                       | -,138                   | -,126                   | -,176                          | -,103                                      |
|                                      | Sig. (2-seitig) | ,109                        | ,230                    | ,269                    | ,124                           | ,368                                       |
|                                      | N               | 80                          | 80                      | 80                      | 80                             | 80   |

Zusammenhang State-Angst und -Depression (STADI-State) und Selbstdarstellung (Kap. 4.3.5):  
-Pearson-Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|  |                          | State-<br>Aufgeregtheit | State-<br>Besorgnis | State-<br>Euthymie | State-<br>Dysthymie |
|--|--------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| I.kompetenz-<br>orientierte SD                   | Korrelation nach Pearson | -,088                   | -,108               | ,313               | ,094                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,443                    | ,347                | ,005               | ,409                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| II.klagende<br>SD                                | Korrelation nach Pearson | ,034                    | ,172                | -,088              | -,029               |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,768                    | ,129                | ,450               | ,776                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| III.freundlich-<br>beziehungs-<br>orientierte SD | Korrelation nach Pearson | -,201                   | -,153               | ,050               | ,170                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,083                    | ,182                | ,666               | ,131                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| IV.externalisi-<br>erungso-<br>rientierte SD     | Korrelation nach Pearson | -,056                   | ,015                | ,194               | -,083               |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,629                    | ,893                | ,089               | ,466                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| V.hilfesuchen<br>de SD                           | Korrelation nach Pearson | -,059                   | ,203                | -,061              | ,070                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,616                    | ,072                | ,597               | ,541                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| VI.aktiv-<br>lösungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,231                   | -,010               | ,171               | ,253                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,051                    | ,928                | ,131               | ,023                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| VII.vermei-<br>dungsori-<br>enterte SD           | Korrelation nach Pearson | -,126                   | ,075                | ,005               | ,073                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,277                    | ,516                | ,966               | ,520                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |

## Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|  |                          | State-<br>Depression | State-Angst | State-<br>Globalwert |
|--|--------------------------|----------------------|-------------|----------------------|
| I.kompetenz-<br>orientierte SD                   | Korrelation nach Pearson | ,094                 | -,118       | ,094                 |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,409                 | ,297        | ,408                 |
|  | N                        | 80                   | 80          | 80                   |
| II.klagende<br>SD                                | Korrelation nach Pearson | -,029                | ,125        | -,029                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,826                 | ,273        | ,803                 |
|  | N                        | 80                   | 80          | 80                   |
| III.freundlich-<br>beziehungs-<br>orientierte SD | Korrelation nach Pearson | ,170                 | -,213       | ,170                 |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,133                 | ,062        | ,133                 |
|  | N                        | 80                   | 80          | 80                   |
| IV.externalisi-<br>erungso-<br>rientierte SD     | Korrelation nach Pearson | -,083                | -,024       | -,083                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,468                 | ,833        | ,466                 |
|  | N                        | 80                   | 80          | 80                   |
| V.hilfesuchen<br>de SD                           | Korrelation nach Pearson | ,070                 | ,089        | ,070                 |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,599                 | ,439        | ,601                 |
|  | N                        | 80                   | 80          | 80                   |
| VI.aktiv-<br>lösungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | ,253                 | -,144       | ,253                 |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,023                 | ,208        | ,023                 |
|  | N                        | 80                   | 80          | 80                   |
| VII.vermei-<br>dungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | ,073                 | -,030       | ,073                 |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,526                 | ,794        | ,516                 |
|  | N                        | 80                   | 80          | 80                   |

Zusammenhang State-Angst und -Depressivität (STADI-State) und Selbstdarstellung (Kap. 4.3.5):  
-Spearman –Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|   |                      | State-<br>Aufgeregtheit | State-Besorgnis | State-<br>Euthymie | State-<br>Dysthymie |
|---|----------------------|-------------------------|-----------------|--------------------|---------------------|
| I.kompetenz-orientierte<br>SD                       | Spearman-Korrelation | -,065                   | -,127           | ,199               | -,133               |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,579                    | ,268            | ,085               | ,242                |
|   | N                    | 80                      | 80              | 80                 | 80                  |
| II.klagende<br>SD                                   | Spearman-Korrelation | ,089                    | ,136            | -,079              | ,122                |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,448                    | ,232            | ,508               | ,284                |
|   | N                    | 80                      | 80              | 80                 | 80                  |
| III.freundlich-<br>beziehungs-<br>orientierte<br>SD | Spearman-Korrelation | -,205                   | -,159           | ,022               | -,120               |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,071                    | ,170            | ,849               | ,292                |
|   | N                    | 80                      | 80              | 80                 | 80                  |
| IV.externalisi-<br>erungso-<br>rientierte SD        | Spearman-Korrelation | -,018                   | ,040            | ,053               | -,091               |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,875                    | ,728            | ,647               | ,424                |
|   | N                    | 80                      | 80              | 80                 | 80                  |
| V.hilfesuchen-<br>de SD                             | Spearman-Korrelation | -,008                   | ,121            | -,039              | -,007               |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,949                    | ,292            | ,737               | ,951                |
|   | N                    | 80                      | 80              | 80                 | 80                  |
| VI.aktiv-<br>lösungsorien-<br>tierte SD             | Spearman-Korrelation | -,201                   | -,088           | ,177               | -,159               |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,083                    | ,446            | ,121               | ,162                |
|   | N                    | 80                      | 80              | 80                 | 80                  |
| VII.vermei-<br>dungsorien-<br>tierte SD             | Spearman-Korrelation | -,048                   | ,057            | -,019              | ,137                |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,685                    | ,639            | ,872               | ,226                |
|   | N                    | 80                      | 80              | 80                 | 80                  |

## Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|   |   | State-Angst         | State-Globalwert    |
|---|---|---------------------|---------------------|
| I.kompetenz-orientierte SD              | Korrelation nach Spearman<br>Sig. (2-seitig)<br>N | -,111<br>,333<br>80 | -,116<br>,307<br>80 |
| II.klagende SD                          | Korrelation nach Spearman<br>Sig. (2-seitig)<br>N | ,157<br>,170<br>80  | ,135<br>,235<br>80  |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | Korrelation nach Spearman<br>Sig. (2-seitig)<br>N | -,201<br>,080<br>80 | -,100<br>,379<br>80 |
| IV.externalisierungsorientierte SD      | Korrelation nach Spearman<br>Sig. (2-seitig)<br>N | ,025<br>,833<br>80  | -,038<br>,739<br>80 |
| V.hilfesuchende SD                      | Korrelation nach Spearman<br>Sig. (2-seitig)<br>N | ,055<br>,633<br>80  | ,055<br>,628<br>80  |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | Korrelation nach Spearman<br>Sig. (2-seitig)<br>N | -,178<br>,118<br>80 | -,166<br>,143<br>80 |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | Korrelation nach Spearman<br>Sig. (2-seitig)<br>N | ,031<br>,789<br>80  | ,136<br>,231<br>80  |

Zusammenhang Trait-Angst und -Depression (STADI-Trait) und Selbstdarstellung (Kap.4.3.5):  
-Pearson-Korrelation

**Korrelationen**

Imputationsnummer: Kombiniert

|  |                          | Trait-<br>Aufgeregtheit | Trait-<br>Besorgnis | Trait-<br>Euthymie | Trait-<br>Dysthymie |
|--|--------------------------|-------------------------|---------------------|--------------------|---------------------|
| I.kompetenz-<br>orientierte SD                   | Korrelation nach Pearson | -,229                   | -,185               | ,274               | -,239               |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,044                    | ,102                | ,014               | ,033                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| II.klagende<br>SD                                | Korrelation nach Pearson | -,003                   | -,015               | -,060              | ,100                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,980                    | ,894                | ,597               | ,378                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| III.freundlich-<br>beziehungs-<br>orientierte SD | Korrelation nach Pearson | ,005                    | -,066               | ,024               | -,019               |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,967                    | ,562                | ,832               | ,868                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| IV.externalisi-<br>erungso-<br>rientierte SD     | Korrelation nach Pearson | -,086                   | -,202               | ,027               | -,138               |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,448                    | ,073                | ,812               | ,223                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| V.hilfesuchen-<br>de SD                          | Korrelation nach Pearson | -,036                   | -,046               | ,038               | ,022                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,750                    | ,684                | ,742               | ,845                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| VI.aktiv-<br>lösungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,140                   | -,118               | ,192               | -,098               |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,220                    | ,303                | ,089               | ,392                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |
| VII.vermei-<br>dungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,063                   | ,006                | -,074              | ,018                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,579                    | ,955                | ,519               | ,875                |
|  | N                        | 80                      | 80                  | 80                 | 80                  |

## Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|  |                          | Trait-<br>Depression | Trait-<br>Angst | Trait-<br>Globalwert |
|--|--------------------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| I.kompetenz-<br>orientierte SD                   | Korrelation nach Pearson | -,279                | -,232           | -,295                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,012                 | ,040            | ,008                 |
|  | N                        | 80                   | 80              | 80                   |
| II.klagende<br>SD                                | Korrelation nach Pearson | ,089                 | -,011           | ,046                 |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,433                 | ,924            | ,685                 |
|  | N                        | 80                   | 80              | 80                   |
| III.freundlich-<br>beziehungs-<br>orientierte SD | Korrelation nach Pearson | -,023                | -,038           | -,035                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,838                 | ,736            | ,756                 |
|  | N                        | 80                   | 80              | 80                   |
| IV.externalisi-<br>erungso-<br>rientierte SD     | Korrelation nach Pearson | -,095                | -,169           | -,151                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,406                 | ,135            | ,182                 |
|  | N                        | 80                   | 80              | 80                   |
| V.hilfesuchen<br>de SD                           | Korrelation nach Pearson | -,006                | -,047           | -,030                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,958                 | ,678            | ,791                 |
|  | N                        | 80                   | 80              | 80                   |
| VI.aktiv-<br>lösungsorien-<br>tierte SD          | Korrelation nach Pearson | -,155                | -,144           | -,173                |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,171                 | ,205            | ,129                 |
|  | N                        | 80                   | 80              | 80                   |
| VII.vermei-<br>dungsortien-<br>tierte SD         | Korrelation nach Pearson | ,048                 | -,028           | ,012                 |
|  | Signifikanz (2-seitig)   | ,674                 | ,803            | ,915                 |
|  | N                        | 80                   | 80              | 80                   |

Zusammenhang Trait- Ängstlichkeit und -Depressivität (STADI-Trait) und Selbstdarstellung (Kap. 4.3.5):

-Spearman –Korrelation

### Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|   |                      | Trait-<br>Aufgeregtheit | Trait-<br>Besorgnis | Trait-<br>Euthymie | Trait- Dysthymie |
|---|----------------------|-------------------------|---------------------|--------------------|------------------|
| I.kompetenz-<br>orientierte<br>SD                   | Spearman-Korrelation | -,164                   | -,160               | ,181               | -,185            |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,157                    | ,161                | ,112               | ,102             |
|   | N                    | 80                      | 80                  | 80                 | 80               |
| II.klagende<br>SD                                   | Spearman-Korrelation | ,049                    | ,044                | -,021              | ,092             |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,670                    | ,704                | ,858               | ,422             |
|   | N                    | 80                      | 80                  | 80                 | 80               |
| III.freundlich-<br>beziehungs-<br>orientierte<br>SD | Spearman-Korrelation | -,042                   | -,062               | ,002               | -,030            |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,716                    | ,587                | ,989               | ,795             |
|   | N                    | 80                      | 80                  | 80                 | 80               |
| IV.externalisi-<br>erungsorien-<br>tierte SD        | Spearman-Korrelation | -,042                   | -,164               | ,078               | -,087            |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,717                    | ,150                | ,498               | ,443             |
|   | N                    | 80                      | 80                  | 80                 | 80               |
| V.hilfesuchen<br>de SD                              | Spearman-Korrelation | -,034                   | -,019               | ,029               | ,032             |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,767                    | ,871                | ,803               | ,780             |
|   | N                    | 80                      | 80                  | 80                 | 80               |
| VI.aktiv-<br>lösungsorien-<br>tierte SD             | Spearman-Korrelation | -,129                   | -,111               | ,079               | -,093            |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,266                    | ,330                | ,489               | ,420             |
|   | N                    | 80                      | 80                  | 80                 | 80               |
| VII.vermei-<br>dungsorien-<br>tierte SD             | Spearman-Korrelation | -,107                   | -,099               | -,170              | ,054             |
|   | Sig. (2-seitig)      | ,350                    | ,386                | ,132               | ,639             |
|   | N                    | 80                      | 80                  | 80                 | 80               |

## Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|  |                      | Trait-<br>Depression | Trait-<br>Angst | Trait-<br>Globalwert |
|--|----------------------|----------------------|-----------------|----------------------|
| I.kompetenz-<br>orientierte SD                   | Spearman-Korrelation | -,210                | -,175           | -,212                |
|  | Sig. (2-seitig)      | ,062                 | ,124            | ,059                 |
|  | N                    | 80                   | 80              | 80                   |
| II.klagende SD                                   | Spearman-Korrelation | ,071                 | ,059            | ,079                 |
|  | Sig. (2-seitig)      | ,530                 | ,608            | ,490                 |
|  | N                    | 80                   | 80              | 80                   |
| III.freundlich-<br>beziehungs-<br>orientierte SD | Spearman-Korrelation | -,038                | -,072           | -,056                |
|  | Sig. (2-seitig)      | ,737                 | ,524            | ,625                 |
|  | N                    | 80                   | 80              | 80                   |
| IV.externalisi-<br>erungsorien-<br>tierte SD     | Spearman-Korrelation | -,094                | -,137           | -,130                |
|  | Sig. (2-seitig)      | ,411                 | ,231            | ,253                 |
|  | N                    | 80                   | 80              | 80                   |
| V.hilfesuchend<br>e SD                           | Spearman-Korrelation | ,012                 | -,017           | -,011                |
|  | Sig. (2-seitig)      | ,915                 | ,881            | ,926                 |
|  | N                    | 80                   | 80              | 80                   |
| VI.aktiv-<br>lösungsorien-<br>tierte SD          | Spearman-Korrelation | -,120                | -,146           | -,141                |
|  | Sig. (2-seitig)      | ,295                 | ,204            | ,220                 |
|  | N                    | 80                   | 80              | 80                   |
| VII.vermei-<br>dungsorien-<br>tierte SD          | Spearman-Korrelation | ,103                 | -,117           | -,002                |
|  | Sig. (2-seitig)      | ,364                 | ,308            | ,983                 |
|  | N                    | 80                   | 80              | 80                   |

Zusammenhang der persönlichkeitsbezogenen Variablen der Sozialen Erwünschtheit (BIDR) mit den Selbstdarstellungskategorien (Kap. 4.3.5)  
-Pearson-Korrelation

### Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|   |                          | Selbsttäuschung<br>(self-deceptive<br>enhancement) | Fremdtäuschung<br>(impression<br>management) |
|---|--------------------------|--|--|
| I.kompetenzorientierte SD                   | Korrelation nach Pearson | -,119  | -,033  |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,295   | ,771   |
|   | N                        | 80   | 80   |
| II.klagende SD                              | Korrelation nach Pearson | -,031  | ,024   |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,790   | ,832   |
|   | N                        | 80   | 80   |
| III.freundlich-<br>beziehungsorientierte SD | Korrelation nach Pearson | -,050  | ,067   |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,665   | ,557   |
|   | N                        | 80   | 80   |
| IV.externalisierungsorientierte<br>SD       | Korrelation nach Pearson | -,043  | ,061   |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,709   | ,594   |
|   | N                        | 80   | 80   |
| V.hilfesuchende SD                          | Korrelation nach Pearson | -,232  | -,064  |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,041   | ,577   |
|   | N                        | 80   | 80   |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD              | Korrelation nach Pearson | -,218  | -,001  |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,062   | ,991   |
|   | N                        | 78   | 78   |
| VII.vermeidungsorientierte SD               | Korrelation nach Pearson | -,073  | ,003   |
|   | Signifikanz (2-seitig)   | ,527   | ,980   |
|   | N                        | 80   | 80   |

Zusammenhang der persönlichkeitsbezogenen Variablen der Sozialen Erwünschtheit (BIDR) mit den Selbstdarstellungskategorien (Kap. 4.3.5)  
-Spearman –Korrelation

### Korrelationen

Imputationsnummer: Kombiniert

|   |                                       | Selbsttäuschung<br>(self-deceptive<br>enhancement) | Fremdtäuschung<br>(impression ma-<br>nagement) |
|---|---------------------------------------|--|--|
| I.kompetenzorientierte SD                   | Korrelationskoeffizient nach Spearman | -,136  | ,001   |
|   | Sig. (2-seitig)                       | ,240   | ,992   |
|   | N                                     | 80   | 80   |
| II.klagende SD                              | Korrelationskoeffizient nach Spearman | -,005  | -,017  |
|   | Sig. (2-seitig)                       | ,968   | ,879   |
|   | N                                     | 80   | 80   |
| III.freundlich-<br>beziehungsorientierte SD | Korrelationskoeffizient nach Spearman | ,024   | ,055   |
|   | Sig. (2-seitig)                       | ,838   | ,630   |
|   | N                                     | 80   | 80   |
| IV.externalisierungsorientierte<br>SD       | Korrelationskoeffizient nach Spearman | -,064  | ,124   |
|   | Sig. (2-seitig)                       | ,583   | ,283   |
|   | N                                     | 80   | 80   |
| V.hilfesuchende SD                          | Korrelationskoeffizient nach Spearman | -,210  | -,060  |
|   | Sig. (2-seitig)                       | ,068   | ,597   |
|   | N                                     | 80   | 80   |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD              | Korrelationskoeffizient nach Spearman | -,191  | -,026  |
|   | Sig. (2-seitig)                       | ,106   | ,825   |
|   | N                                     | 78   | 78   |
| VII.vermeidungsorientierte SD               | Korrelationskoeffizient nach Spearman | -,052  | ,065   |
|   | Sig. (2-seitig)                       | ,661   | ,567   |
|   | N                                     | 80   | 80   |

**Anhang B.6: Effekte soziodemographischer Variablen auf die Selbstdarstellungskategorien**

Effekte soziodemographische Variablen und Selbstdarstellung (Kap.4.4.1.1):  
-multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss)

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T     | Sig. |
|---------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|-------|------|
|               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |       |      |
| 1 (Konstante) | ,265                                | ,960           |                               | ,276  | ,783 |
| Alter         | ,029                                | ,018           | ,183                          | 1,630 | ,107 |
| Geschlecht    | -,438                               | ,468           | -,105                         | -,937 | ,352 |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T     | Sig. |
|---------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|-------|------|
|               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |       |      |
| 1 (Konstante) | 3,106                               | 2,423          |                               | 1,282 | ,204 |
| Alter         | ,074                                | ,046           | ,184                          | 1,631 | ,107 |
| Geschlecht    | 1,048                               | 1,181          | ,100                          | ,887  | ,378 |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T     | Sig. |
|---------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|-------|------|
|               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |       |      |
| 1 (Konstante) | 10,841                              | 3,414          |                               | 3,176 | ,002 |
| Alter         | -,013                               | ,064           | -,023                         | -,197 | ,844 |
| Geschlecht    | -,754                               | 1,664          | -,052                         | -,453 | ,652 |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T     | Sig. |
|---------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|-------|------|
|               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |       |      |
| 1 (Konstante) | 1,335                               | ,701           |                               | 1,904 | ,061 |
| Alter         | -,010                               | ,013           | -,085                         | -,750 | ,455 |
| Geschlecht    | ,248                                | ,342           | ,083                          | ,726  | ,470 |

a. Abhängige Variable: IV.externalisierungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T     | Sig. |
|---------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|-------|------|
|               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |       |      |
| 1 (Konstante) | 5,106                               | 2,997          |                               | 1,704 | ,092 |
| Alter         | -,013                               | ,056           | -,025                         | -,227 | ,821 |
| Geschlecht    | 3,703                               | 1,461          | ,279                          | 2,536 | ,013 |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T     | Sig. |
|---------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|-------|------|
|               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |       |      |
| 1 (Konstante) | 9,732                               | 3,963          |                               | 2,456 | ,016 |
| Alter         | -,044                               | ,075           | -,069                         | -,596 | ,553 |
| Geschlecht    | 2,222                               | 1,923          | ,133                          | 1,155 | ,252 |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|---------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| 1 (Konstante) | 1,854                               | ,832           |                               | 2,228  | ,029 |
| Alter         | -,017                               | ,016           | -,122                         | -1,068 | ,289 |
| Geschlecht    | -,204                               | ,406           | -,057                         | -,504  | ,616 |

a. Abhängige Variable: VII.vermeidungsorientierte SD

**Anhang B.7: Effekte von Anreiz auf die Selbstdarstellungskategorien**

Effekte von Anreiz auf die Selbstdarstellung (Kap.4.4.1.2):  
-multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss)

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                              | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| 1 (Konstante)                | 1,066                               | ,331           |                               | 3,217  | ,002 |
| 1 Subjektive Erwerbsprognose | ,344                                | ,400           | ,227                          | ,860   | ,395 |
| Rentenwunsch                 | -1,527                              | 1,261          | -,320                         | -1,211 | ,233 |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T     | Sig. |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|-------|------|
|                              | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |       |      |
| 1 (Konstante)                | 5,891                               | ,768           |                               | 7,673 | ,000 |
| 1 Subjektive Erwerbsprognose | -,240                               | ,928           | -,061                         | -,259 | ,797 |
| Rentenwunsch                 | 6,402                               | 2,922          | ,520                          | 2,191 | ,034 |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                              | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| 1 (Konstante)                | 10,617                              | 1,200          |                               | 8,847  | ,000 |
| 1 Subjektive Erwerbsprognose | -2,842                              | 1,451          | -,502                         | -1,958 | ,057 |
| Rentenwunsch                 | 5,621                               | 4,567          | ,316                          | 1,231  | ,225 |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T     | Sig. |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|-------|------|
|                              | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |       |      |
| (Konstante)                  | ,710                                | ,199           |                               | 3,563 | ,001 |
| 1 Subjektive Erwerbsprognose | ,063                                | ,241           | ,067                          | ,261  | ,796 |
| Rentenwunsch                 | ,673                                | ,759           | ,229                          | ,886  | ,381 |

a. Abhängige Variable: IV.externalisierungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                              | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante)                  | 5,426                               | ,760           |                               | 7,136  | ,000 |
| 1 Subjektive Erwerbsprognose | -1,262                              | ,919           | -,349                         | -1,373 | ,177 |
| Rentenwunsch                 | 6,218                               | 2,894          | ,546                          | 2,149  | ,037 |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                              | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante)                  | 8,052                               | 1,143          |                               | 7,042  | ,000 |
| 1 Subjektive Erwerbsprognose | -1,686                              | 1,382          | -,321                         | -1,220 | ,229 |
| Rentenwunsch                 | 3,005                               | 4,351          | ,182                          | ,691   | ,494 |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                              | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante)                  | ,809                                | ,186           |                               | 4,351  | ,000 |
| 1 Subjektive Erwerbsprognose | -,421                               | ,225           | -,484                         | -1,872 | ,068 |
| Rentenwunsch                 | 1,168                               | ,707           | ,427                          | 1,651  | ,106 |

a. Abhängige Variable: VII.vermeidungsorientierte SD

**Anhang B.8: Effekte von Therapiemotivation auf die Selbstdarstellungskategorien**

Effekte von Therapiemotivation auf die Selbstdarstellung (FPTM) (Kap.4.4.1.3):  
-multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss)

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                    | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|   | RegressionskoeffizientB             | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                               | 2,223                               | 3,205          | ,694   | ,488 | ,004                  |
| Psychischer Leidensdruck                  | -1,209                              | ,454           | -2,664 | ,008 | ,007                  |
| Hoffnung                                  | ,374                                | ,649           | ,576   | ,565 | ,004                  |
| Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit | -,381                               | ,348           | -1,094 | ,274 | ,001                  |
| Wissen                                    | ,863                                | ,415           | 2,079  | ,038 | ,001                  |
| Initiative                                | ,245                                | ,277           | ,885   | ,376 | ,000                  |
| Symtombezogene Zuwendung durch andere     | -,347                               | ,252           | -1,377 | ,168 | ,002                  |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                    | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                               | 5,383                               | 8,424          | ,639   | ,523 | ,001                  |
| Psychischer Leidensdruck                  | 2,150                               | 1,191          | 1,804  | ,071 | ,001                  |
| Hoffnung                                  | -,387                               | 1,707          | -,227  | ,820 | ,001                  |
| Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit | -,979                               | ,916           | -1,070 | ,285 | ,001                  |
| Wissen                                    | -,998                               | 1,092          | -,914  | ,361 | ,000                  |
| Initiative                                | ,817                                | ,730           | 1,119  | ,263 | ,000                  |
| Symtombezogene Zuwendung durch andere     | -,726                               | ,663           | -1,095 | ,273 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                    | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                               | 15,392                              | 12,197         | 1,262 | ,207 | ,001                  |
| Psychischer Leidensdruck                  | -1,076                              | 1,725          | -,623 | ,533 | ,001                  |
| Hoffnung                                  | -1,361                              | 2,471          | -,551 | ,582 | ,001                  |
| Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit | ,237                                | 1,325          | ,178  | ,858 | ,001                  |
| Wissen                                    | ,049                                | 1,581          | ,031  | ,975 | ,000                  |
| Initiative                                | ,317                                | 1,057          | ,300  | ,764 | ,000                  |
| Symtombezogene Zuwendung durch andere     | ,357                                | ,959           | ,373  | ,709 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                    | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                               | 1,531                               | 2,421          | ,632   | ,527 | ,009                  |
| Psychischer Leidensdruck                  | ,096                                | ,341           | ,281   | ,779 | ,001                  |
| Hoffnung                                  | -,153                               | ,492           | -,311  | ,756 | ,017                  |
| Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit | -,275                               | ,262           | -1,050 | ,294 | ,001                  |
| Wissen                                    | ,092                                | ,313           | ,293   | ,770 | ,001                  |
| Initiative                                | ,250                                | ,209           | 1,193  | ,233 | ,003                  |
| Symtombezogene Zuwendung durch andere     | -,368                               | ,190           | -1,941 | ,052 | ,001                  |

a. Abhängige Variable: IV.externalisierungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                    | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                               | ,895                                | 10,827         | ,083   | ,934 | ,024                  |
| Psychischer Leidensdruck                  | 2,227                               | 1,515          | 1,471  | ,141 | ,002                  |
| Hoffnung                                  | ,924                                | 2,212          | ,418   | ,676 | ,041                  |
| Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit | -,885                               | 1,165          | -,760  | ,448 | ,004                  |
| Wissen                                    | ,268                                | 1,388          | ,193   | ,847 | ,001                  |
| Initiative                                | ,013                                | ,933           | ,014   | ,989 | ,010                  |
| Symtombezogene Zuwendung durch andere     | -1,524                              | ,842           | -1,809 | ,070 | ,001                  |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                    | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                               | 10,896                              | 13,282         | ,820   | ,412 | ,002                  |
| Psychischer Leidensdruck                  | -1,989                              | 1,879          | -1,059 | ,290 | ,002                  |
| Hoffnung                                  | -1,001                              | 2,693          | -,372  | ,710 | ,003                  |
| Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit | -,688                               | 1,443          | -,477  | ,633 | ,001                  |
| Wissen                                    | 1,807                               | 1,720          | 1,050  | ,294 | ,001                  |
| Initiative                                | 2,444                               | 1,151          | 2,123  | ,034 | ,001                  |
| Symtombezogene Zuwendung durch andere     | -1,793                              | 1,044          | -1,717 | ,086 | ,001                  |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                    | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                               | -1,761                              | 2,954          | -,596 | ,551 | ,024                  |
| Psychischer Leidensdruck                  | -,238                               | ,413           | -,576 | ,565 | ,002                  |
| Hoffnung                                  | ,271                                | ,603           | ,449  | ,653 | ,041                  |
| Verneinung psychischer Hilfsbedürftigkeit | ,231                                | ,318           | ,727  | ,467 | ,004                  |
| Wissen                                    | ,245                                | ,378           | ,647  | ,518 | ,001                  |
| Initiative                                | ,148                                | ,254           | ,581  | ,561 | ,008                  |
| Symtombezogene Zuwendung durch andere     | ,382                                | ,230           | 1,662 | ,096 | ,001                  |

a. Abhängige Variable: VII.vermeidungsorientierte SD

**Anhang B.9: Effekte störungsbezogener Variablen auf die Selbstdarstellungskategorien**

Effekte von störungsbezogenen Variablen BDI-II-Wert bei Aufnahme, Erstmanifestation und Dauer der Erkrankung auf die Selbstdarstellung (Kap.4.4.1.4):

-multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss)

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell           | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| 1 (Konstante)    | 2,252                               | ,626           | 3,595  | ,000 | ,000                  |
| BDI_A            | -,053                               | ,020           | -2,590 | ,010 | ,000                  |
| ERSTMANI         | ,002                                | ,021           | ,096   | ,924 | ,000                  |
| Aufenthaltsdauer | ,008                                | ,009           | ,906   | ,365 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell           | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| 1 (Konstante)    | 4,444                               | 1,588          | 2,799 | ,005 | ,000                  |
| BDI_A            | ,042                                | ,052           | ,820  | ,412 | ,001                  |
| ERSTMANI         | ,089                                | ,054           | 1,628 | ,103 | ,006                  |
| Aufenthaltsdauer | ,014                                | ,022           | ,661  | ,508 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell           | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| 1 (Konstante)    | 9,380                               | 2,268          | 4,135 | ,000 | ,000                  |
| BDI_A            | ,013                                | ,074           | ,180  | ,857 | ,000                  |
| ERSTMANI         | -,017                               | ,078           | -,223 | ,823 | ,008                  |
| Aufenthaltsdauer | ,003                                | ,031           | ,107  | ,915 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell           | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| 1 (Konstante)    | ,856                                | ,457           | 1,874 | ,061 | ,000                  |
| BDI_A            | -,014                               | ,015           | -,974 | ,330 | ,000                  |
| ERSTMANI         | -,013                               | ,016           | -,814 | ,415 | ,009                  |
| Aufenthaltsdauer | ,012                                | ,006           | 1,866 | ,062 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: IV.externalisierungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell           | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| 1 (Konstante)    | 3,010                               | 2,001          | 1,505 | ,132 | ,000                  |
| BDI_A            | ,018                                | ,065           | ,273  | ,785 | ,001                  |
| ERSTMANI         | ,082                                | ,068           | 1,200 | ,230 | ,003                  |
| Aufenthaltsdauer | ,046                                | ,028           | 1,660 | ,097 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell           | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| 1 (Konstante)    | 7,975                               | 2,569          | 3,104 | ,002 | ,000                  |
| BDI_A            | -,078                               | ,083           | -,936 | ,349 | ,000                  |
| ERSTMANI         | -,080                               | ,088           | -,906 | ,365 | ,003                  |
| Aufenthaltsdauer | ,064                                | ,035           | 1,813 | ,070 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell           | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| 1 (Konstante)    | ,823                                | ,556           | 1,481 | ,139 | ,000                  |
| BDI_A            | -,004                               | ,018           | -,210 | ,833 | ,000                  |
| ERSTMANI         | -,004                               | ,019           | -,193 | ,847 | ,003                  |
| Aufenthaltsdauer | ,004                                | ,008           | ,559  | ,576 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: VII.vermeidungsorientierte SD

Effekte von störungsbezogenen Variablen (BSI) auf die Selbstdarstellung (Kap.4.4.1.4):  
-multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss)

### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell      | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|-------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|             | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante) | 4,414                               | 1,292          |                               | 3,416  | ,001 |
| bsi_a_soma  | -,011                               | ,022           | -,078                         | -,526  | ,601 |
| bsi_a_zwang | -,030                               | ,032           | -,204                         | -,924  | ,359 |
| bsi_a_uns   | -,010                               | ,030           | -,069                         | -,315  | ,754 |
| bsi_a_dep   | -,038                               | ,035           | -,255                         | -1,070 | ,288 |
| bsi_a_angst | ,063                                | ,032           | ,439                          | 1,938  | ,057 |
| bsi_a_agg   | -,030                               | ,030           | -,197                         | -1,007 | ,317 |
| bsi_a_phob  | -,028                               | ,024           | -,211                         | -1,143 | ,257 |
| bsi_a_miss  | -,009                               | ,026           | -,063                         | -,361  | ,719 |
| bsi a ent   | ,042                                | ,034           | ,295                          | 1,256  | ,213 |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell      | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|-------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|             | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante) | 1,631                               | 3,291          |                               | ,496   | ,622 |
| bsi_a_soma  | ,008                                | ,055           | ,022                          | ,147   | ,883 |
| bsi_a_zwang | ,072                                | ,082           | ,194                          | ,869   | ,388 |
| bsi_a_uns   | -,098                               | ,077           | -,281                         | -1,272 | ,208 |
| bsi_a_dep   | ,042                                | ,090           | ,113                          | ,467   | ,642 |
| bsi_a_angst | ,012                                | ,082           | ,035                          | ,151   | ,880 |
| bsi_a_agg   | ,028                                | ,077           | ,072                          | ,365   | ,717 |
| bsi_a_phob  | -,067                               | ,062           | -,203                         | -1,085 | ,282 |
| bsi_a_miss  | -,069                               | ,067           | -,183                         | -1,030 | ,307 |
| bsi a ent   | ,155                                | ,086           | ,429                          | 1,800  | ,076 |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell      | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|-------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|             | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante) | 16,906                              | 4,503          |                               | 3,754  | ,000 |
| bsi_a_soma  | -,192                               | ,085           | -,378                         | -2,253 | ,028 |
| bsi_a_zwang | -,148                               | ,123           | -,290                         | -1,202 | ,234 |
| bsi_a_uns   | -,256                               | ,110           | -,530                         | -2,333 | ,023 |
| bsi_a_dep   | ,049                                | ,143           | ,095                          | ,346   | ,731 |
| bsi_a_angst | -,136                               | ,128           | -,274                         | -1,059 | ,293 |
| bsi_a_agg   | ,097                                | ,110           | ,182                          | ,887   | ,378 |
| bsi_a_phob  | ,079                                | ,085           | ,172                          | ,931   | ,355 |
| bsi_a_miss  | -,206                               | ,092           | -,397                         | -2,250 | ,028 |
| bsi_a_ent   | ,040                                | ,121           | ,080                          | ,331   | ,742 |
| bsi_a_GSI   | ,053                                | ,417           | ,102                          | ,127   | ,900 |
| bsi_a_PST   | ,175                                | ,273           | ,340                          | ,644   | ,522 |
| bsi_a_PSDI  | ,314                                | ,224           | ,568                          | 1,403  | ,165 |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell      | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|-------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|             | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante) | ,699                                | ,899           |                               | ,777   | ,440 |
| bsi_a_soma  | -,012                               | ,015           | -,116                         | -,809  | ,421 |
| bsi_a_zwang | -,044                               | ,023           | -,416                         | -1,945 | ,056 |
| bsi_a_uns   | -,036                               | ,021           | -,364                         | -1,726 | ,089 |
| bsi_a_dep   | ,071                                | ,025           | ,659                          | 2,857  | ,006 |
| bsi_a_angst | ,010                                | ,023           | ,093                          | ,426   | ,671 |
| bsi_a_agg   | -,014                               | ,021           | -,130                         | -,685  | ,495 |
| bsi_a_phob  | ,004                                | ,017           | ,039                          | ,218   | ,828 |
| bsi_a_miss  | ,029                                | ,018           | ,267                          | 1,571  | ,121 |
| bsi_a_ent   | -,003                               | ,024           | -,032                         | -,143  | ,887 |

a. Abhängige Variable: IV.externalisierungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell      | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|-------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|             | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante) | 4,971                               | 4,161          |                               | 1,195  | ,236 |
| bsi_a_soma  | -,072                               | ,070           | -,154                         | -1,026 | ,309 |
| bsi_a_zwang | ,087                                | ,104           | ,188                          | ,839   | ,404 |
| bsi_a_uns   | -,138                               | ,098           | -,312                         | -1,414 | ,162 |
| bsi_a_dep   | ,018                                | ,114           | ,038                          | ,158   | ,875 |
| bsi_a_angst | ,036                                | ,104           | ,079                          | ,344   | ,732 |
| bsi_a_agg   | -,047                               | ,097           | -,096                         | -,486  | ,628 |
| bsi_a_phob  | -,036                               | ,079           | -,087                         | -,463  | ,645 |
| bsi_a_miss  | -,086                               | ,084           | -,182                         | -1,022 | ,310 |
| bsi_a_ent   | ,259                                | ,109           | ,567                          | 2,378  | ,020 |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell      | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|-------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|             | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante) | 15,929                              | 5,180          |                               | 3,075  | ,003 |
| bsi_a_soma  | -,140                               | ,087           | -,236                         | -1,603 | ,113 |
| bsi_a_zwang | -,036                               | ,130           | -,061                         | -,276  | ,783 |
| bsi_a_uns   | -,199                               | ,121           | -,353                         | -1,635 | ,106 |
| bsi_a_dep   | ,142                                | ,142           | ,235                          | ,995   | ,323 |
| bsi_a_angst | ,098                                | ,130           | ,170                          | ,756   | ,452 |
| bsi_a_agg   | -,070                               | ,121           | -,112                         | -,578  | ,565 |
| bsi_a_phob  | -,016                               | ,098           | -,030                         | -,165  | ,870 |
| bsi_a_miss  | -,201                               | ,105           | -,332                         | -1,908 | ,060 |
| bsi_a_ent   | ,289                                | ,136           | ,498                          | 2,132  | ,037 |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell      | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|-------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|             | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante) | 2,042                               | 1,096          |                               | 1,864  | ,066 |
| bsi_a_soma  | -,056                               | ,018           | -,445                         | -3,020 | ,004 |
| bsi_a_zwang | ,021                                | ,027           | ,167                          | ,763   | ,448 |
| bsi_a_uns   | -,029                               | ,026           | -,246                         | -1,136 | ,260 |
| bsi_a_dep   | -,024                               | ,030           | -,188                         | -,793  | ,431 |
| bsi_a_angst | ,040                                | ,027           | ,328                          | 1,455  | ,150 |
| bsi_a_agg   | ,029                                | ,026           | ,221                          | 1,139  | ,259 |
| bsi_a_phob  | -,008                               | ,021           | -,072                         | -,389  | ,698 |
| bsi_a_miss  | -,012                               | ,022           | -,093                         | -,536  | ,594 |
| bsi a ent   | ,020                                | ,029           | ,165                          | ,706   | ,482 |

a. Abhängige Variable: VII.vermeidungsorientierte SD

### Anhang B.10: Effekte persönlichkeitsbezogener Variablen auf die Selbstdarstellungskategorien

Effekte persönlichkeitsbezogener Variablen (NEO-FFI) auf die Selbstdarstellung (Kap.4.4.1.5):  
-multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss)

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                         | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| 1 (Konstante)           | 4,966                               | 1,952          | 2,545  | ,011 | ,001                  |
| Neurotizismus           | -,080                               | ,026           | -3,080 | ,002 | ,005                  |
| Extraversion            | ,013                                | ,034           | ,366   | ,714 | ,005                  |
| Offenheit für Erfahrung | ,039                                | ,035           | 1,133  | ,257 | ,006                  |
| Verträglichkeit         | -,066                               | ,038           | -1,743 | ,081 | ,003                  |
| Gewissenhaftigkeit      | -,011                               | ,038           | -,278  | ,781 | ,005                  |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                         | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| 1 (Konstante)           | 13,831                              | 5,060          | 2,733  | ,006 | ,005                  |
| Neurotizismus           | -,044                               | ,067           | -,652  | ,515 | ,003                  |
| Extraversion            | ,104                                | ,089           | 1,173  | ,241 | ,013                  |
| Offenheit für Erfahrung | -,023                               | ,089           | -,253  | ,801 | ,002                  |
| Verträglichkeit         | ,129                                | ,099           | 1,313  | ,189 | ,014                  |
| Gewissenhaftigkeit      | -,298                               | ,099           | -3,002 | ,003 | ,014                  |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                         | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| 1 (Konstante)           | 15,282                              | 7,400          | 2,065 | ,039 | ,011                  |
| Neurotizismus           | -,094                               | ,098           | -,960 | ,337 | ,012                  |
| Extraversion            | ,048                                | ,129           | ,369  | ,712 | ,013                  |
| Offenheit für Erfahrung | -,018                               | ,130           | -,139 | ,889 | ,006                  |
| Verträglichkeit         | ,075                                | ,143           | ,525  | ,599 | ,004                  |
| Gewissenhaftigkeit      | -,142                               | ,144           | -,983 | ,326 | ,005                  |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                         | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| 1 (Konstante)           | 1,444                               | 1,537          | ,939  | ,348 | ,018                  |
| Neurotizismus           | -,010                               | ,020           | -,470 | ,638 | ,012                  |
| Extraversion            | -,008                               | ,027           | -,305 | ,760 | ,035                  |
| Offenheit für Erfahrung | -,026                               | ,027           | -,975 | ,330 | ,005                  |
| Verträglichkeit         | ,016                                | ,030           | ,530  | ,596 | ,007                  |
| Gewissenhaftigkeit      | ,013                                | ,030           | ,427  | ,670 | ,033                  |

a. Abhängige Variable: IV.externalisierungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                         | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| 1 (Konstante)           | 5,705                               | 6,484          | ,880   | ,379 | ,017                  |
| Neurotizismus           | -,031                               | ,086           | -,364  | ,716 | ,009                  |
| Extraversion            | ,183                                | ,113           | 1,618  | ,106 | ,015                  |
| Offenheit für Erfahrung | -,109                               | ,114           | -,959  | ,337 | ,011                  |
| Verträglichkeit         | ,270                                | ,127           | 2,128  | ,033 | ,036                  |
| Gewissenhaftigkeit      | -,211                               | ,126           | -1,677 | ,094 | ,002                  |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                         | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| 1 (Konstante)           | 14,436                              | 8,247          | 1,750  | ,080 | ,006                  |
| Neurotizismus           | -,198                               | ,110           | -1,807 | ,071 | ,008                  |
| Extraversion            | ,188                                | ,146           | 1,287  | ,198 | ,035                  |
| Offenheit für Erfahrung | -,064                               | ,146           | -,441  | ,659 | ,013                  |
| Verträglichkeit         | ,246                                | ,160           | 1,539  | ,124 | ,010                  |
| Gewissenhaftigkeit      | -,258                               | ,162           | -1,595 | ,111 | ,014                  |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|-------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                         | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| 1 (Konstante)           | 1,892                               | 1,813          | 1,043 | ,297 | ,009                  |
| Neurotizismus           | -,008                               | ,024           | -,337 | ,736 | ,011                  |
| Extraversion            | ,020                                | ,032           | ,640  | ,522 | ,031                  |
| Offenheit für Erfahrung | -,028                               | ,032           | -,877 | ,381 | ,008                  |
| Verträglichkeit         | ,021                                | ,035           | ,598  | ,550 | ,025                  |
| Gewissenhaftigkeit      | -,028                               | ,036           | -,801 | ,423 | ,013                  |

a. Abhängige Variable: VII.vermeidungsorientierte SD

Effekte persönlichkeitsbezogener Variablen (BIDR) auf die Selbstdarstellung (Kap.4.4.1.5):  
-multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss)

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                                  | ,465                                | 1,325          | ,351  | ,725 | ,006                  |
| Selbsttäuschung (self-deceptive enhancement) | ,039                                | ,029           | 1,350 | ,177 | ,002                  |
| Fremdtäuschung (impression management)       | -,015                               | ,022           | -,660 | ,509 | ,004                  |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                                  | 7,120                               | 3,328          | 2,139 | ,032 | ,002                  |
| Selbsttäuschung (self-deceptive enhancement) | -,061                               | ,073           | -,840 | ,401 | ,003                  |
| Fremdtäuschung (impression management)       | ,060                                | ,056           | 1,083 | ,279 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                                  | 8,467                               | 4,637          | 1,826 | ,068 | ,008                  |
| Selbsttäuschung (self-deceptive enhancement) | ,084                                | ,102           | ,821  | ,412 | ,010                  |
| Fremdtäuschung (impression management)       | -,046                               | ,078           | -,591 | ,555 | ,010                  |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                                  | 1,263                               | ,952           | 1,326  | ,185 | ,013                  |
| Selbsttäuschung (self-deceptive enhancement) | ,018                                | ,021           | ,871   | ,384 | ,013                  |
| Fremdtäuschung (impression management)       | -,022                               | ,016           | -1,397 | ,162 | ,008                  |

a. Abhängige Variable: IV.externalisierungsorientierte SD

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                                  | 6,481                               | 4,209          | 1,540 | ,124 | ,002                  |
| Selbsttäuschung (self-deceptive enhancement) | -,069                               | ,092           | -,751 | ,453 | ,003                  |
| Fremdtäuschung (impression management)       | ,076                                | ,071           | 1,071 | ,284 | ,005                  |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                                  | 5,436                               | 5,366          | 1,013 | ,311 | ,009                  |
| Selbsttäuschung (self-deceptive enhancement) | ,144                                | ,118           | 1,224 | ,221 | ,014                  |
| Fremdtäuschung (impression management)       | -,050                               | ,091           | -,547 | ,585 | ,021                  |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                       | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                                  | ,458                                | 1,119          | ,409  | ,682 | ,006                  |
| Selbsttäuschung (self-deceptive enhancement) | -,022                               | ,025           | -,916 | ,360 | ,005                  |
| Fremdtäuschung (impression management)       | ,032                                | ,019           | 1,728 | ,084 | ,003                  |

a. Abhängige Variable: VII.vermeidungsorientierte SD

Effekte persönlichkeitsbezogener Variablen (PSPS) auf die Selbstdarstellung (Kap. 4.4.1.5):  
-multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss)

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                          | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                                 | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                     | 3,874                               | 1,079          | 3,590  | ,000 | ,001                  |
| Perfektionistische Eigenwerbung | ,048                                | ,034           | 1,390  | ,164 | ,024                  |
| Vermeiden von Imperfektion      | -,045                               | ,030           | -1,514 | ,130 | ,026                  |
| Verschweigen von Imperfektion   | -,089                               | ,049           | -1,810 | ,070 | ,005                  |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                          | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                                 | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                     | 8,363                               | 2,804          | 2,982  | ,003 | ,004                  |
| Perfektionistische Eigenwerbung | -,153                               | ,089           | -1,718 | ,086 | ,032                  |
| Vermeiden von Imperfektion      | ,093                                | ,076           | 1,220  | ,223 | ,019                  |
| Verschweigen von Imperfektion   | ,044                                | ,130           | ,336   | ,737 | ,032                  |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                          | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                                 | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                     | 14,490                              | 3,868          | 3,746  | ,000 | ,009                  |
| Perfektionistische Eigenwerbung | ,039                                | ,121           | ,321   | ,748 | ,012                  |
| Vermeiden von Imperfektion      | ,065                                | ,105           | ,618   | ,537 | ,015                  |
| Verschweigen von Imperfektion   | -,334                               | ,177           | -1,884 | ,060 | ,014                  |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                          | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                                 | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                     | ,189                                | ,805           | ,235  | ,814 | ,003                  |
| Perfektionistische Eigenwerbung | -,005                               | ,025           | -,208 | ,835 | ,012                  |
| Vermeiden von Imperfektion      | ,029                                | ,022           | 1,325 | ,185 | ,010                  |
| Verschweigen von Imperfektion   | -,009                               | ,037           | -,243 | ,808 | ,017                  |

a. Abhängige Variable: IV.externalisierungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                          | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                                 | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                     | 7,583                               | 3,483          | 2,177  | ,029 | ,002                  |
| Perfektionistische Eigenwerbung | -,265                               | ,110           | -2,403 | ,016 | ,022                  |
| Vermeiden von Imperfektion      | ,120                                | ,095           | 1,262  | ,207 | ,015                  |
| Verschweigen von Imperfektion   | ,188                                | ,160           | 1,173  | ,241 | ,019                  |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                          | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                                 | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                     | 13,480                              | 4,589          | 2,938 | ,003 | ,014                  |
| Perfektionistische Eigenwerbung | -,043                               | ,146           | -,295 | ,768 | ,047                  |
| Vermeiden von Imperfektion      | ,011                                | ,125           | ,089  | ,929 | ,029                  |
| Verschweigen von Imperfektion   | -,115                               | ,214           | -,538 | ,591 | ,059                  |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                          | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                                 | RegressionskoeffizientB             | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                     | 1,286                               | ,970           | 1,326 | ,185 | ,001                  |
| Perfektionistische Eigenwerbung | -,003                               | ,031           | -,108 | ,914 | ,011                  |
| Vermeiden von Imperfektion      | -,001                               | ,026           | -,022 | ,982 | ,005                  |
| Verschweigen von Imperfektion   | -,006                               | ,044           | -,143 | ,886 | ,008                  |

a. Abhängige Variable: VII.vermeidungsorientierte SD

Effekte persönlichkeitsbezogener Variablen (ASÜ, PSÜ, SPD) auf die Selbstdarstellung (Kap. 4.4.1.5):

-multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss)

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                     | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                                | -1,167                              | 2,080          | -,561  | ,575 | ,002                  |
| Selbstdarstellungskompetenz                | ,195                                | ,063           | 3,079  | ,002 | ,007                  |
| Wahrnehmungssensibilität                   | -,104                               | ,067           | -1,546 | ,122 | ,004                  |
| Protektive Variabilität                    | ,019                                | ,066           | ,282   | ,778 | ,003                  |
| Protektiver sozialer Vergleich             | -,049                               | ,068           | -,732  | ,464 | ,004                  |
| Persönlichkeitsdarstellung (Authentizität) | ,119                                | ,068           | 1,737  | ,082 | ,002                  |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                     | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                                | 7,914                               | 5,613          | 1,410 | ,159 | ,007                  |
| Selbstdarstellungskompetenz                | -,069                               | ,171           | -,402 | ,687 | ,010                  |
| Wahrnehmungssensibilität                   | -,158                               | ,181           | -,877 | ,380 | ,004                  |
| Protektive Variabilität                    | ,015                                | ,179           | ,084  | ,933 | ,020                  |
| Protektiver sozialer Vergleich             | ,044                                | ,183           | ,241  | ,810 | ,012                  |
| Persönlichkeitsdarstellung (Authentizität) | ,134                                | ,184           | ,725  | ,469 | ,009                  |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                     | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                                | 13,987                              | 7,786          | 1,797  | ,072 | ,025                  |
| Selbstdarstellungskompetenz                | ,312                                | ,236           | 1,325  | ,185 | ,018                  |
| Wahrnehmungssensibilität                   | -,199                               | ,249           | -,797  | ,425 | ,010                  |
| Protektive Variabilität                    | -,250                               | ,247           | -1,012 | ,312 | ,031                  |
| Protektiver sozialer Vergleich             | -,030                               | ,254           | -,117  | ,907 | ,034                  |
| Persönlichkeitsdarstellung (Authentizität) | -,129                               | ,257           | -,502  | ,615 | ,034                  |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                     | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                                | ,816                                | 1,606          | ,508  | ,611 | ,011                  |
| Selbstdarstellungskompetenz                | -,031                               | ,049           | -,642 | ,521 | ,010                  |
| Wahrnehmungssensibilität                   | ,072                                | ,052           | 1,396 | ,163 | ,003                  |
| Protektive Variabilität                    | ,006                                | ,051           | ,121  | ,904 | ,031                  |
| Protektiver sozialer Vergleich             | -,007                               | ,052           | -,136 | ,892 | ,016                  |
| Persönlichkeitsdarstellung (Authentizität) | -,030                               | ,053           | -,566 | ,571 | ,021                  |

a. Abhängige Variable: IV.externalisierungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                     | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                                | 12,316                              | 7,020          | 1,755  | ,079 | ,004                  |
| Selbstdarstellungskompetenz                | -,248                               | ,214           | -1,160 | ,246 | ,013                  |
| Wahrnehmungssensibilität                   | -,018                               | ,227           | -,080  | ,937 | ,015                  |
| Protektive Variabilität                    | -,258                               | ,223           | -1,155 | ,248 | ,014                  |
| Protektiver sozialer Vergleich             | ,161                                | ,229           | ,705   | ,481 | ,013                  |
| Persönlichkeitsdarstellung (Authentizität) | -,040                               | ,231           | -,173  | ,863 | ,006                  |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                     | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                                | 6,461                               | 9,060          | ,713  | ,476 | ,040                  |
| Selbstdarstellungskompetenz                | ,442                                | ,287           | 1,542 | ,124 | ,122                  |
| Wahrnehmungssensibilität                   | -,165                               | ,295           | -,559 | ,576 | ,063                  |
| Protektive Variabilität                    | -,067                               | ,295           | -,228 | ,820 | ,097                  |
| Protektiver sozialer Vergleich             | -,178                               | ,300           | -,595 | ,552 | ,077                  |
| Persönlichkeitsdarstellung (Authentizität) | ,130                                | ,302           | ,431  | ,666 | ,068                  |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                     | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|  | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                                | 4,725                               | 1,870          | 2,526  | ,012 | ,006                  |
| Selbstdarstellungskompetenz                | -,069                               | ,057           | -1,204 | ,229 | ,011                  |
| Wahrnehmungssensibilität                   | ,003                                | ,060           | ,052   | ,958 | ,013                  |
| Protektive Variabilität                    | -,075                               | ,059           | -1,260 | ,208 | ,005                  |
| Protektiver sozialer Vergleich             | -,026                               | ,061           | -,436  | ,663 | ,004                  |
| Persönlichkeitsdarstellung (Authentizität) | -,101                               | ,061           | -1,648 | ,099 | ,005                  |

a. Abhängige Variable: VII.vermeidungsorientierte SD

Effekte persönlichkeitsbezogener Variablen (STADI-State) auf die Selbstdarstellung (Kap. 4.4.1.5):

-multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss)

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)         | -,412                               | 1,439          | -,286 | ,775 | ,043                  |
| State-Aufgeregtheit | -,027                               | ,067           | -,398 | ,691 | ,039                  |
| State-Besorgnis     | ,013                                | ,069           | ,194  | ,847 | ,035                  |
| State-Euthymie      | ,205                                | ,079           | 2,595 | ,010 | ,052                  |
| State-Dysthymie     | 1,620E-006                          | ,000           | ,826  | ,409 | ,010                  |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)         | 5,024                               | 3,698          | 1,358 | ,174 | ,008                  |
| State-Aufgeregtheit | -,048                               | ,175           | -,272 | ,786 | ,042                  |
| State-Besorgnis     | ,239                                | ,179           | 1,334 | ,182 | ,018                  |
| State-Euthymie      | -,047                               | ,205           | -,230 | ,818 | ,041                  |
| State-Dysthymie     | -1,332E-006                         | ,000           | -,261 | ,794 | ,003                  |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)         | 16,485                              | 5,062          | 3,257  | ,001 | ,038                  |
| State-Aufgeregtheit | -,345                               | ,232           | -1,485 | ,137 | ,008                  |
| State-Besorgnis     | -,181                               | ,243           | -,743  | ,457 | ,031                  |
| State-Euthymie      | -,043                               | ,275           | -,158  | ,874 | ,025                  |
| State-Dysthymie     | 1,111E-005                          | ,000           | 1,595  | ,111 | ,023                  |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)         | -,314                               | 1,061          | -,296 | ,767 | ,040                  |
| State-Aufgeregtheit | -,023                               | ,049           | -,465 | ,642 | ,037                  |
| State-Besorgnis     | ,048                                | ,052           | ,924  | ,356 | ,058                  |
| State-Euthymie      | ,108                                | ,058           | 1,862 | ,063 | ,044                  |
| State-Dysthymie     | -1,069E-006                         | ,000           | -,738 | ,460 | ,011                  |

a. Abhängige Variable: IV.externalisierungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)         | 3,801                               | 4,585          | ,829   | ,407 | ,006                  |
| State-Aufgeregtheit | -,281                               | ,217           | -1,296 | ,195 | ,038                  |
| State-Besorgnis     | ,458                                | ,222           | 2,067  | ,039 | ,010                  |
| State-Euthymie      | ,017                                | ,252           | ,067   | ,947 | ,015                  |
| State-Dysthymie     | 4,212E-006                          | ,000           | ,656   | ,512 | ,026                  |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)         | 6,888                               | 5,571          | 1,236  | ,216 | ,017                  |
| State-Aufgeregtheit | -,608                               | ,261           | -2,334 | ,020 | ,027                  |
| State-Besorgnis     | ,337                                | ,270           | 1,247  | ,212 | ,030                  |
| State-Euthymie      | ,467                                | ,304           | 1,534  | ,125 | ,018                  |
| State-Dysthymie     | 1,884E-005                          | ,000           | 2,377  | ,018 | ,070                  |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)         | ,827                                | 1,258          | ,657   | ,511 | ,021                  |
| State-Aufgeregtheit | -,087                               | ,060           | -1,454 | ,146 | ,054                  |
| State-Besorgnis     | ,071                                | ,061           | 1,157  | ,247 | ,038                  |
| State-Euthymie      | ,016                                | ,068           | ,227   | ,820 | ,012                  |
| State-Dysthymie     | 1,199E-006                          | ,000           | ,685   | ,493 | ,030                  |

a. Abhängige Variable: VII.vermeidungsorientierte SD

Effekte persönlichkeitsbezogener Variablen (STADI-Trait) auf die Selbstdarstellung (Kap. 4.4.1.5):  
-multiple Regressionsanalyse (Methode: Einschluss)

### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)         | 1,871                               | 2,169          | ,862  | ,389 | ,020                  |
| Trait-Aufgeregtheit | -,092                               | ,096           | -,958 | ,338 | ,037                  |
| Trait-Besorgnis     | -,014                               | ,086           | -,159 | ,874 | ,028                  |
| Trait-Euthymie      | ,127                                | ,102           | 1,247 | ,212 | ,021                  |
| Trait-Dysthymie     | -,028                               | ,098           | -,281 | ,779 | ,016                  |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)         | 6,019                               | 5,644          | 1,066 | ,286 | ,006                  |
| Trait-Aufgeregtheit | -,021                               | ,251           | -,085 | ,932 | ,024                  |
| Trait-Besorgnis     | -,134                               | ,223           | -,600 | ,549 | ,010                  |
| Trait-Euthymie      | ,028                                | ,265           | ,106  | ,916 | ,003                  |
| Trait-Dysthymie     | ,244                                | ,256           | ,952  | ,341 | ,007                  |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)         | 8,691                               | 7,823          | 1,111 | ,267 | ,001                  |
| Trait-Aufgeregtheit | ,154                                | ,345           | ,446  | ,656 | ,005                  |
| Trait-Besorgnis     | -,223                               | ,310           | -,719 | ,472 | ,009                  |
| Trait-Euthymie      | ,084                                | ,368           | ,229  | ,819 | ,000                  |
| Trait-Dysthymie     | ,081                                | ,355           | ,227  | ,820 | ,002                  |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)         | 2,952                               | 1,597          | 1,849  | ,065 | ,018                  |
| Trait-Aufgeregtheit | ,016                                | ,070           | ,226   | ,821 | ,002                  |
| Trait-Besorgnis     | -,079                               | ,063           | -1,263 | ,207 | ,007                  |
| Trait-Euthymie      | -,050                               | ,075           | -,664  | ,507 | ,019                  |
| Trait-Dysthymie     | -,049                               | ,072           | -,684  | ,494 | ,010                  |

a. Abhängige Variable: IV.externalisierungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)         | 4,002                               | 7,183          | ,557  | ,577 | ,013                  |
| Trait-Aufgeregtheit | -,026                               | ,315           | -,083 | ,934 | ,005                  |
| Trait-Besorgnis     | -,149                               | ,282           | -,528 | ,597 | ,004                  |
| Trait-Euthymie      | ,212                                | ,338           | ,627  | ,531 | ,011                  |
| Trait-Dysthymie     | ,256                                | ,325           | ,786  | ,432 | ,008                  |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)         | 4,267                               | 9,029          | ,473  | ,637 | ,030                  |
| Trait-Aufgeregtheit | -,205                               | ,394           | -,520 | ,603 | ,013                  |
| Trait-Besorgnis     | -,154                               | ,354           | -,436 | ,663 | ,016                  |
| Trait-Euthymie      | ,608                                | ,424           | 1,434 | ,152 | ,026                  |
| Trait-Dysthymie     | ,275                                | ,410           | ,671  | ,503 | ,032                  |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)         | 2,634                               | 1,919          | 1,372 | ,170 | ,009                  |
| Trait-Aufgeregtheit | -,071                               | ,084           | -,850 | ,395 | ,001                  |
| Trait-Besorgnis     | ,030                                | ,076           | ,391  | ,696 | ,005                  |
| Trait-Euthymie      | -,076                               | ,090           | -,840 | ,401 | ,010                  |
| Trait-Dysthymie     | -,027                               | ,087           | -,315 | ,753 | ,010                  |

a. Abhängige Variable: VII.vermeidungsorientierte SD

**Anhang B.11: Gesamtmodell für die sieben Selbstdarstellungskategorien**

Gesamtmodell für die sieben Selbstdarstellungskategorien (Regressionsanalyse, Methode: Stepwise) (Kap.4.4.2)

- I.kompetenzorientierte Selbstdarstellung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig.   | Anteil fehlende Info. |      |
|--------|-------------------------------------|----------------|-------|--------|-----------------------|------|
|        | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |        |                       |      |
| 1      | (Konstante)                         | 4,287          | ,892  | 4,805  | ,000                  | ,009 |
|        | Neurotizismus                       | -,084          | ,025  | -3,390 | ,001                  | ,007 |
| 2      | (Konstante)                         | 2,375          | 1,185 | 2,005  | ,045                  | ,014 |
|        | Neurotizismus                       | -,072          | ,025  | -2,932 | ,003                  | ,007 |
|        | State-Euthymie                      | ,164           | ,070  | 2,357  | ,018                  | ,026 |
| 3      | (Konstante)                         | ,557           | 1,425 | ,391   | ,696                  | ,009 |
|        | Neurotizismus                       | -,087          | ,025  | -3,469 | ,001                  | ,011 |
|        | State-Euthymie                      | ,161           | ,068  | 2,381  | ,017                  | ,018 |
|        | Wissen                              | ,764           | ,350  | 2,182  | ,029                  | ,003 |

a. Abhängige Variable: I.kompetenzorientierte SD

|        |                   | Imputationsnummer |           |                        |                              |                       |
|--------|-------------------|-------------------|-----------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
| Modell | Imputationsnummer | R                 | R-Quadrat | Korrigiertes R-Quadrat | Standardfehler des Schätzers | Änderungsstatistiken  |
|        |                   |                   |           |                        |                              | Änderung in R-Quadrat |
| 1      | Originaldaten     | ,447 <sup>a</sup> | ,200      | ,185                   | 1,85775                      | ,200                  |
|        | 1                 | ,363 <sup>a</sup> | ,132      | ,121                   | 1,86380                      | ,132                  |
|        | 2                 | ,368 <sup>a</sup> | ,135      | ,124                   | 1,86021                      | ,135                  |
|        | 3                 | ,347 <sup>a</sup> | ,121      | ,109                   | 1,87613                      | ,121                  |
|        | 4                 | ,360 <sup>a</sup> | ,130      | ,118                   | 1,86654                      | ,130                  |
|        | 5                 | ,358 <sup>a</sup> | ,128      | ,117                   | 1,86777                      | ,128                  |
| 2      | Originaldaten     | ,524 <sup>b</sup> | ,275      | ,248                   | 1,78490                      | ,075                  |
|        | 1                 | ,431 <sup>b</sup> | ,186      | ,165                   | 1,81667                      | ,054                  |
|        | 2                 | ,452 <sup>b</sup> | ,204      | ,183                   | 1,79655                      | ,069                  |
|        | 3                 | ,418 <sup>b</sup> | ,175      | ,153                   | 1,82945                      | ,054                  |
|        | 4                 | ,442 <sup>b</sup> | ,195      | ,174                   | 1,80653                      | ,066                  |
|        | 5                 | ,433 <sup>b</sup> | ,187      | ,166                   | 1,81526                      | ,059                  |
| 3      | Originaldaten     | ,576 <sup>c</sup> | ,331      | ,294                   | 1,73010                      | ,056                  |
|        | 1                 | ,486 <sup>d</sup> | ,236      | ,206                   | 1,77105                      | ,050                  |
|        | 2                 | ,500 <sup>d</sup> | ,250      | ,221                   | 1,75505                      | ,046                  |
|        | 3                 | ,472 <sup>d</sup> | ,223      | ,192                   | 1,78652                      | ,049                  |
|        | 4                 | ,494 <sup>d</sup> | ,244      | ,214                   | 1,76216                      | ,049                  |
|        | 5                 | ,482 <sup>d</sup> | ,233      | ,202                   | 1,77538                      | ,045                  |

a. Einflußvariablen : (Konstante), Neurotizismus

b. Einflußvariablen : (Konstante), Neurotizismus, State-Euthymie

c. Einflußvariablen : (Konstante), Neurotizismus, State-Euthymie, Verschweigen von Imperfektion

d. Einflußvariablen : (Konstante), Neurotizismus, State-Euthymie, Wissen

Gesamtmodell für die sieben Selbstdarstellungskategorien (Regressionsanalyse, Methode: Stepwise) (Kap.4.4.2)

- II.klagende Selbstdarstellung

### Koeffizienten<sup>a,b</sup>

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell             | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|--------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                    | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| 1 (Konstante)      | 16,258                              | 3,562          |                               | 4,564  | ,000 |
| Gewissenhaftigkeit | -,235                               | ,092           | -,287                         | -2,542 | ,013 |

a. Abhängige Variable: II.klagende SD

b. Für mindestens ein Modell konnten keine kombinierten Schätzungen berechnet werden, da die Modellparameter je Imputation variieren.

### Modellzusammenfassung

| Imputationsnummer | Modell | R                 | R-Quadrat | Korrigiertes R-Quadrat | Standardfehler des Schätzers | Änderungsstatistiken  |
|-------------------|--------|-------------------|-----------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
|                   |        |                   |           |                        |                              | Änderung in R-Quadrat |
| Originaldaten     | 1      | ,287 <sup>a</sup> | ,082      | ,070                   | 4,96253                      | ,082                  |
| 1                 | 1      | ,282 <sup>a</sup> | ,079      | ,068                   | 4,81941                      | ,079                  |
| 2                 | 1      | ,258 <sup>b</sup> | ,066      | ,054                   | 4,85347                      | ,066                  |
| 3                 | 1      | ,272 <sup>a</sup> | ,074      | ,062                   | 4,83372                      | ,074                  |
| 4                 | 1      | ,278 <sup>a</sup> | ,077      | ,066                   | 4,82456                      | ,077                  |
| 5                 | 1      | ,271 <sup>a</sup> | ,074      | ,062                   | 4,83465                      | ,074                  |

a. Einflußvariablen : (Konstante), Gewissenhaftigkeit

b. Einflußvariablen : (Konstante), bsi\_a\_ent

Gesamtmodell für die sieben Selbstdarstellungskategorien (Regressionsanalyse, Methode: Stepwise) (Kap.4.4.2)

- III.freundlich-beziehungsorientierte Selbstdarstellung

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| 1 (Konstante) | 17,995                              | 3,546          | 5,075  | ,000 | ,000                  |
| bsi_a_soma    | -,132                               | ,056           | -2,379 | ,017 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: III.freundlich-beziehungsorientierte SD

#### Modellzusammenfassung

| Imputationsnummer | Modell | R                 | R-Quadrat | Korrigiertes R-Quadrat | Standardfehler des Schätzers | Änderungsstatistiken  |
|-------------------|--------|-------------------|-----------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
|                   |        |                   |           |                        |                              | Änderung in R-Quadrat |
| Originaldaten     | 1      | ,260 <sup>a</sup> | ,068      | ,056                   | 6,70673                      | ,068                  |
| 1                 | 1      | ,260 <sup>a</sup> | ,068      | ,056                   | 6,70673                      | ,068                  |
| 2                 | 1      | ,260 <sup>a</sup> | ,068      | ,056                   | 6,70673                      | ,068                  |
| 3                 | 1      | ,260 <sup>a</sup> | ,068      | ,056                   | 6,70673                      | ,068                  |
| 4                 | 1      | ,260 <sup>a</sup> | ,068      | ,056                   | 6,70673                      | ,068                  |
| 5                 | 1      | ,260 <sup>a</sup> | ,068      | ,056                   | 6,70673                      | ,068                  |

a. Einflussvariablen : (Konstante), bsi\_a\_soma

Gesamtmodell für die sieben Selbstdarstellungskategorien (Regressionsanalyse, Methode: Stepwise) (Kap.4.4.2)

- V. hilfeschende Selbstdarstellung

#### Koeffizienten<sup>a</sup>

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T     | Sig. |
|-------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|-------|------|
|                               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |       |      |
| 1 (Konstante)                 | 4,481                               | 1,172          |                               | 3,823 | ,000 |
| Geschlecht der Versuchsperson | 3,745                               | 1,440          | ,282                          | 2,600 | ,011 |

a. Abhängige Variable: V.hilfesuchende SD

#### Modellzusammenfassung

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell | R                 | R-Quadrat | Korrigiertes R-Quadrat | Standardfehler des Schätzers | Änderungsstatistiken  |
|--------|-------------------|-----------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
|        |                   |           |                        |                              | Änderung in R-Quadrat |
| 1      | ,282 <sup>a</sup> | ,080      | ,068                   | 6,09121                      | ,080                  |

a. Einflußvariablen : (Konstante), Geschlecht der Versuchsperson

Gesamtmodell für die sieben Selbstdarstellungskategorien (Regressionsanalyse, Methode: Stepwise) (Kap.4.4.2)

- VI. aktiv-lösungsorientierte SD

**Koeffizienten<sup>a,b</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig.   | Anteil fehlende Info. |      |
|--------|-------------------------------------|----------------|-------|--------|-----------------------|------|
|        | RegressionskoeffizientB             | Standardfehler |       |        |                       |      |
| 1      | (Konstante)                         | -,064          | 3,474 | -,019  | ,985                  | ,001 |
|        | Initiative                          | 2,735          | 1,028 | 2,660  | ,008                  | ,001 |
| 3      | (Konstante)                         | 6,545          | 4,402 | 1,487  | ,137                  | ,006 |
|        | Initiative                          | 2,495          | ,986  | 2,529  | ,011                  | ,011 |
|        | State-Dysthymie                     | 1,795E-005     | ,000  | 2,356  | ,019                  | ,046 |
|        | State-Aufgeregtheit                 | -,519          | ,235  | -2,204 | ,028                  | ,025 |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

b. Für mindestens ein Modell konnten keine kombinierten Schätzungen berechnet werden, da die Modellparameter je Imputation variieren.

## Modellzusammenfassung

| Imputationsnummer | Modell | R                 | R-Quadrat | Korrigiertes R-Quadrat | Standardfehler des Schätzers | Änderungsstatistiken  |
|-------------------|--------|-------------------|-----------|------------------------|------------------------------|-----------------------|
|                   |        |                   |           |                        |                              | Änderung in R-Quadrat |
| Originaldaten     | 1      | ,351 <sup>a</sup> | ,123      | ,109                   | 5,99695                      | ,123                  |
|                   | 2      | ,427 <sup>b</sup> | ,182      | ,156                   | 5,83785                      | ,059                  |
| 1                 | 1      | ,288 <sup>a</sup> | ,083      | ,071                   | 7,73219                      | ,083                  |
|                   | 2      | ,382 <sup>c</sup> | ,146      | ,124                   | 7,50854                      | ,063                  |
|                   | 3      | ,445 <sup>d</sup> | ,198      | ,167                   | 7,32317                      | ,052                  |
| 2                 | 1      | ,288 <sup>a</sup> | ,083      | ,071                   | 7,73153                      | ,083                  |
|                   | 2      | ,373 <sup>b</sup> | ,139      | ,117                   | 7,53897                      | ,056                  |
|                   | 3      | ,428 <sup>e</sup> | ,184      | ,151                   | 7,39025                      | ,044                  |
| 3                 | 1      | ,287 <sup>a</sup> | ,082      | ,070                   | 7,73435                      | ,082                  |
|                   | 2      | ,372 <sup>b</sup> | ,138      | ,116                   | 7,54207                      | ,056                  |
|                   | 3      | ,450 <sup>e</sup> | ,203      | ,171                   | 7,30346                      | ,064                  |
| 4                 | 1      | ,293 <sup>a</sup> | ,086      | ,074                   | 7,71991                      | ,086                  |
|                   | 2      | ,377 <sup>c</sup> | ,142      | ,120                   | 7,52533                      | ,057                  |
|                   | 3      | ,440 <sup>d</sup> | ,194      | ,162                   | 7,34270                      | ,052                  |
| 5                 | 1      | ,288 <sup>a</sup> | ,083      | ,071                   | 7,73247                      | ,083                  |
|                   | 2      | ,373 <sup>b</sup> | ,139      | ,116                   | 7,54068                      | ,056                  |
|                   | 3      | ,430 <sup>e</sup> | ,185      | ,153                   | 7,38238                      | ,046                  |

a. Einflußvariablen : (Konstante), Initiative

b. Einflußvariablen : (Konstante), Initiative, State-Dysthymie

c. Einflußvariablen : (Konstante), Initiative, State-Aufgeregtheit

d. Einflußvariablen : (Konstante), Initiative, State-Aufgeregtheit, State-Dysthymie

e. Einflußvariablen : (Konstante), Initiative, State-Dysthymie, State-Aufgeregtheit

Gesamtmodell für die sieben Selbstdarstellungskategorien (Regressionsanalyse, Methode: Stepwise) (Kap.4.4.2)

- VII. vermeidungsbezogene Selbstdarstellung

**Koeffizienten<sup>a,b</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig.   | Anteil fehlende Info. |      |
|--------|-------------------------------------|----------------|-------|--------|-----------------------|------|
|        | RegressionskoeffizientB             | Standardfehler |       |        |                       |      |
| 1      | (Konstante)                         | -,064          | 3,474 | -,019  | ,985                  | ,001 |
|        | Initiative                          | 2,735          | 1,028 | 2,660  | ,008                  | ,001 |
| 3      | (Konstante)                         | 6,545          | 4,402 | 1,487  | ,137                  | ,006 |
|        | Initiative                          | 2,495          | ,986  | 2,529  | ,011                  | ,011 |
|        | State-Dysthymie                     | 1,795E-005     | ,000  | 2,356  | ,019                  | ,046 |
|        | State-Aufgeregtheit                 | -,519          | ,235  | -2,204 | ,028                  | ,025 |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

b. Für mindestens ein Modell konnten keine kombinierten Schätzungen berechnet werden, da die Modellparameter je Imputation variieren.

**Koeffizienten<sup>a,b</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig.   | Anteil fehlende Info. |      |
|--------|-------------------------------------|----------------|-------|--------|-----------------------|------|
|        | RegressionskoeffizientB             | Standardfehler |       |        |                       |      |
| 1      | (Konstante)                         | -,064          | 3,474 | -,019  | ,985                  | ,001 |
|        | Initiative                          | 2,735          | 1,028 | 2,660  | ,008                  | ,001 |
| 3      | (Konstante)                         | 6,545          | 4,402 | 1,487  | ,137                  | ,006 |
|        | Initiative                          | 2,495          | ,986  | 2,529  | ,011                  | ,011 |
|        | State-Dysthymie                     | 1,795E-005     | ,000  | 2,356  | ,019                  | ,046 |
|        | State-Aufgeregtheit                 | -,519          | ,235  | -2,204 | ,028                  | ,025 |

a. Abhängige Variable: VI.aktiv-lösungsorientierte SD

b. Für mindestens ein Modell konnten keine kombinierten Schätzungen berechnet werden, da die Modellparameter je Imputation variieren.

**Anhang B.12: Vorhersage von Therapieerfolg durch die sieben Selbstdarstellungskategorien**

Vorhersage von Therapieerfolg (Verbesserung im Depressivitätsscore BDI-II zwischen Aufnahme und Entlassung) durch die sieben Selbstdarstellungskategorien (Kap.4.5.1)

- multiple Regressionsanalyse (Methode: Enter)

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                             | 12,713                              | 2,898          | 4,387  | ,000 | ,016                  |
| I.kompetenzorientierte SD               | -1,160                              | ,793           | -1,463 | ,144 | ,005                  |
| II.klagende SD                          | -,115                               | ,375           | -,307  | ,759 | ,005                  |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | ,301                                | ,256           | 1,174  | ,240 | ,005                  |
| IV.externalisierungsorientierte SD      | ,828                                | 1,053          | ,787   | ,432 | ,006                  |
| V.hilfesuchende SD                      | ,078                                | ,346           | ,225   | ,822 | ,003                  |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | -,007                               | ,276           | -,024  | ,981 | ,001                  |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | -,428                               | ,860           | -,498  | ,619 | ,005                  |

a. Abhängige Variable: BDI\_Verbesserung

- univariate Regressionsanalysen

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                    | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                           | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)               | 15,194                              | 1,570          | 9,680  | ,000 | ,013                  |
| I.kompetenzorientierte SD | -,750                               | ,655           | -1,145 | ,252 | ,008                  |

a. Abhängige Variable: BDI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell         | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|----------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)    | 14,063                              | 2,316          | 6,073 | ,000 | ,009                  |
| II.klagende SD | ,016                                | ,263           | ,062  | ,951 | ,008                  |

a. Abhängige Variable: BDI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                             | 12,194                              | 2,252          | 5,416 | ,000 | ,010                  |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | ,204                                | ,189           | 1,080 | ,280 | ,008                  |

a. Abhängige Variable: BDI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                             | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                                    | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                        | 13,545                              | 1,611          | 8,409 | ,000 | ,008                  |
| IV.externalisierungsorientierte SD | ,613                                | ,914           | ,671  | ,502 | ,002                  |

a. Abhängige Variable: BDI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell             | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                    | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)        | 13,520                              | 1,943          | 6,959 | ,000 | ,005                  |
| V.hilfesuchende SD | ,095                                | ,207           | ,458  | ,647 | ,006                  |

a. Abhängige Variable: BDI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                         | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                                | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                    | 13,624                              | 1,950          | 6,987 | ,000 | ,007                  |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD | ,063                                | ,163           | ,384  | ,701 | ,004                  |

a. Abhängige Variable: BDI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|-------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                   | 14,303                              | 1,491          | 9,591 | ,000 | ,007                  |
| VII.vermeidungsorientierte SD | -,129                               | ,773           | -,168 | ,867 | ,004                  |

a. Abhängige Variable: BDI\_Verbesserung

Vorhersage von Therapieerfolg (Verbesserung im BSI-Gesamtscore GSI (Generelle Symptomatik) zwischen Aufnahme und Entlassung) durch die sieben Selbstdarstellungskategorien (Kap.4.5.1)  
- multiple Regressionsanalyse (Methode: Enter)

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                             | 10,882                              | 3,778          | 2,880  | ,004 | ,002                  |
| I.kompetenzorientierte SD               | -1,826                              | 1,039          | -1,758 | ,079 | ,001                  |
| II.klagende SD                          | ,778                                | ,491           | 1,584  | ,113 | ,003                  |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | -,304                               | ,335           | -,908  | ,364 | ,001                  |
| IV.externalisierungsorientierte SD      | 2,703                               | 1,379          | 1,960  | ,050 | ,001                  |
| V.hilfesuchende SD                      | -,338                               | ,454           | -,744  | ,457 | ,000                  |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | ,063                                | ,362           | ,175   | ,861 | ,000                  |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | -,393                               | 1,126          | -,349  | ,727 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: GSI\_Verbesserung

- univariate Regressionsanalysen

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                    | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------------|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|                           | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)               | 13,712                              | 2,144          | 6,395  | ,000 | ,001                  |
| I.kompetenzorientierte SD | -1,450                              | ,896           | -1,619 | ,106 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: GSI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell         | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|----------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)    | 6,962                               | 3,129          | 2,225 | ,026 | ,002                  |
| II.klagende SD | ,659                                | ,356           | 1,851 | ,064 | ,006                  |

a. Abhängige Variable: GSI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T      | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---|-------------------------------------|----------------|--------|------|-----------------------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |        |      |                       |
| (Konstante)                             | 15,219                              | 3,091          | 4,924  | ,000 | ,000                  |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | -,355                               | ,259           | -1,370 | ,171 | ,001                  |

a. Abhängige Variable: GSI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                             | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                                    | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                        | 9,369                               | 2,183          | 4,292 | ,000 | ,001                  |
| IV.externalisierungsorientierte SD | 2,299                               | 1,242          | 1,852 | ,064 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: GSI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell              | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|---------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                     | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)         | 10,735                              | 2,685          | 3,998 | ,000 | ,001                  |
| V.hilfesuchen de SD | ,146                                | ,287           | ,510  | ,610 | ,003                  |

a. Abhängige Variable: GSI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                         | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                                | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                    | 13,036                              | 2,688          | 4,850 | ,000 | ,000                  |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD | -,144                               | ,225           | -,640 | ,522 | ,001                  |

a. Abhängige Variable: GSI\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Kombiniert

| Modell                        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | T     | Sig. | Anteil fehlende Info. |
|-------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------|------|-----------------------|
|                               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler |       |      |                       |
| (Konstante)                   | 12,673                              | 2,049          | 6,184 | ,000 | ,001                  |
| VII.vermeidungsorientierte SD | -,979                               | 1,063          | -,921 | ,357 | ,000                  |

a. Abhängige Variable: GSI\_Verbesserung

Vorhersage von Therapieerfolg (Therapieerfolg im Therapeutenurteil zwischen Aufnahme und Entlassung) durch die sieben Selbstdarstellungskategorien (Kap.4.5.1)  
- multiple Regressionsanalyse (Methode: Enter)

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|---|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante)                             | 2,341                               | ,227           |                               | 10,328 | ,000 |
| I.kompetenzorientierte SD               | ,006                                | ,062           | ,013                          | ,097   | ,923 |
| II.klagende SD                          | ,017                                | ,029           | ,090                          | ,579   | ,564 |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | ,001                                | ,020           | ,007                          | ,047   | ,963 |
| IV.externalisierungsorientierte SD      | -,068                               | ,083           | -,104                         | -,826  | ,412 |
| V.hilfesuchende SD                      | -,041                               | ,027           | -,277                         | -1,515 | ,134 |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD          | ,018                                | ,022           | ,154                          | ,830   | ,409 |
| VII.vermeidungsorientierte SD           | -,133                               | ,068           | -,239                         | -1,964 | ,053 |

a. Abhängige Variable: Therapeutenurteil\_Verbesserung

- univariate Regressionsanalysen

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                    | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|---------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                           | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante)               | 2,156                               | ,128           |                               | 16,799 | ,000 |
| I.kompetenzorientierte SD | ,003                                | ,054           | ,006                          | ,053   | ,958 |

a. Abhängige Variable: Therapeutenurteil\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell         | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|----------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante)    | 2,313                               | ,187           |                               | 12,371 | ,000 |
| II.klagende SD | -,021                               | ,021           | -,111                         | -,990  | ,325 |

a. Abhängige Variable: Therapeutenurteil\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                                  | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|---|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|   | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante)                             | 2,244                               | ,184           |                               | 12,209 | ,000 |
| III.freundlich-beziehungsorientierte SD | -,009                               | ,015           | -,063                         | -,561  | ,576 |

a. Abhängige Variable: Therapeutenurteil\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                             | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|------------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                                    | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante)                        | 2,239                               | ,130           |                               | 17,171 | ,000 |
| IV.externalisierungsorientierte SD | -,077                               | ,074           | -,116                         | -1,032 | ,305 |

a. Abhängige Variable: Therapeutenurteil\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell             | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|--------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                    | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante)        | 2,394                               | ,154           |                               | 15,510 | ,000 |
| V.hilfesuchende SD | -,034                               | ,016           | -,225                         | -2,036 | ,045 |

a. Abhängige Variable: Therapeutenurteil\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                         | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|--------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                                | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante)                    | 2,211                               | ,159           |                               | 13,949 | ,000 |
| VI.aktiv-lösungsorientierte SD | -,006                               | ,013           | -,049                         | -,434  | ,665 |

a. Abhängige Variable: Therapeutenurteil\_Verbesserung

**Koeffizienten<sup>a</sup>**

Imputationsnummer: Originaldaten

| Modell                        | Nicht standardisierte Koeffizienten |                | Standardisierte Koeffizienten | T      | Sig. |
|-------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------|--------|------|
|                               | Regressionskoeffizient B            | Standardfehler | Beta                          |        |      |
| (Konstante)                   | 2,302                               | ,117           |                               | 19,725 | ,000 |
| VII.vermeidungsorientierte SD | -,152                               | ,061           | -,273                         | -2,502 | ,014 |

a. Abhängige Variable: Therapeutenurteil\_Verbesserung